41

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 novembre 1906, à 1 heure

Par **A. GRAILLON**

TRAITEMENT

DE LA

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

PAR LA

MÉTHODE ORTHOPÉDIQUE ABRÉGÉE

Président : M. PAUL BERGER, *professeur.*

Juges : MM. BUDIN et POZZI, *professeurs.*
BRINDEAU, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de profonde reconnaissance
et de sincère affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

(1899-1900).

M. LE DOCTEUR CUFFER (*in memoriam*).

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL NECKER

(1900-1901).

M. LE DOCTEUR ROUTIER

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL NECKER

(1902-1903).

M. LE PROFESSEUR TILLAUX (*in memoriam*).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

(1903-1904).

M. LE PROFESSEUR PINARD

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

(1904-1905. 1er semestre).

M. LE PROFESSEUR RAYMOND

CLINIQUE DE MALADIES NERVEUSES DE LA SALPÊTRIÈRE

(1904-1905. 2e semestre).

M. LE DOCTEUR RIEFFEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL TROUSSEAU

(1905-1906).

MM. LES DOCTEURS :

MAUCLAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ. CHIRURGIEN DES HOPITAUX

AUCLAIRE

MÉDECIN-CONSULTANT DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

JUDET

ASSISTANT DU DOCTEUR RIEFFEL. CHARGÉ DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE A L'HOPITAL TROUSSEAU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

La question du traitement de la luxation congénitale de la hanche est à l'ordre du jour. Les publications concernant cet important sujet de pathologie infantile se sont multipliées dans ces dernières années, et hier encore, à la dernière session du Congrès de chirurgie (octobre 1906), les communications sur le traitement de cette maladie ont été nombreuses.

C'est que depuis le jour où Lorenz, par une conception vraiment géniale, a imaginé sa méthode de traitement non sanglant, un immense progrès a été accompli ; et cette maladie, qu'un de nos maîtres, le professeur Lannelongue, a pu appeler « l'opprobre de la chirurgie », est devenue une maladie guérissable.

Notre but n'est pas de reprendre la description, si souvent faite déjà, de la méthode de Lorenz. Cette méthode est maintenant classique. Mais le procédé de Lorenz, s'il s'est imposé dans son principe à tous les chirurgiens, n'a pas laissé que de donner des mécomptes et des insuccès dans son application.

Aussi, de nombreux côtés, s'est-on appliqué à le modifier d'une manière plus ou moins profonde.

Un temps essentiel subsiste, c'est la réduction non sanglante de la luxation. Mais, lorsqu'il s'agit de maintenir réduit, les divergences apparaissent.

Quelle position faut-il donner au membre, après réduction ? Quel laps de temps faut-il laisser s'écouler dans cette position initiale ?

Quelle doit être la position secondaire à donner ? A partir de quel moment peut-on laisser marcher le malade sans lui faire courir le risque d'une récidive de la luxation ?

Le présent travail a pour but de montrer, qu'il est à la fois possible et utile de faire subir à la méthode primitive de Lorenz des modifications nombreuses et importantes, pour le plus grand bien des malades.

Il est possible de réduire considérablement la durée du traitement et de le rendre infiniment moins pénible, tout en assurant aux enfants de plus grandes chances de guérison.

Nous avons acquis cette conviction à l'hôpital Trousseau, dans le beau service de chirurgie infantile où notre maître, le Dr Rieffel, nous accorda une si large hospitalité dans l'année 1905-1906.

Nous avons vu son assistant le Dr Judet, à qui est dévolu, en particulier, le traitement orthopédique des luxations congénitales, appliquer un procédé rapide, qui peut se résumer dans la formule : « Un seul appareil : cinq mois d'appareillage. »

Une douzaine de malades ont été traités, sous nos

yeux, par cette méthode, et nous avons été séduits par sa simplicité, sa rapidité, et l'excellence de ses résultats.

Aussi, est-ce en toute connaissance de cause, que nous avons accepté la proposition du Dr Judet, de faire du *Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par la méthode orthopédique abrégée*, le sujet de notre thèse inaugurale.

Il nous est particulièrement agréable de lui adresser ici l'expression de notre vive gratitude. Nous lui sommes profondément reconnaissant de nous avoir intéressé et associé à ses travaux, et de nous avoir apporté, sans compter, le concours de sa science et de son temps.

Ce n'est donc point une revue générale qu'il faut chercher dans notre travail. Nous avons désiré exposer, d'après des malades que nous avons pu suivre, un procédé particulier, qui nous a paru réaliser un progrès considérable sur la méthode habituellement en cours.

Grâce au nombreux examens radiographiques qui ont été faits de ces malades, nous avons la possibilité d'apporter des documents complets, à la fois cliniques et anatomiques.

Nous devons remercier M. Ménard, chef du Laboratoire de radiographie du Dr Rieffel à Trousseau, de la grande obligeance avec laquelle il a mis tous les clichés nécessaires à notre disposition.

Nous n'avons pas reculé devant les sacrifices nécessaires pour faire exécuter de nombreuses photogravures.

Si notre modeste travail a quelque valeur, il l'emprunte en grande partie à ces reproductions radiographiques, qui, selon le mot d'Ollier, constituent, « de « véritables données anatomo-pathologiques sur le « vivant ».

Dans un premier chapitre, nous rappellerons brièvement ce qu'est la méthode primitive de Lorenz. Nous donnerons même à ce propos une première série d'observations de malades opérés au début de sa pratique par le Dr Judet selon cette méthode.

Nous verrons que ce chirurgien (avec beaucoup d'autres praticiens) a eu des insuccès assez fréquents.

Nous serons amené à rechercher les causes probables de ces échecs.

Nous exposerons comment la méthode orthopédique abrégée permet d'obvier aux inconvénients de la méthode de Lorenz. Nous donnerons ensuite la série des observations des malades que le Dr Judet a traités par cette méthode.

Il sera ainsi permis de comparer les résultats fournis par la méthode lente et par la méthode rapide, entre les mains d'un même chirurgien.

METHODE DE LORENZ

Nous ne décrirons pas les manœuvres de réduction de la luxation congénitale de la hanche. Lorsqu'ils traitent des enfants à l'âge favorable, c'est-à-dire de 2 à 6 ans, on peut dire que tous les chirurgiens emploient à peu près les mêmes manœuvres pour faire réintégrer la cavité cotyloïde à la tête fémorale. On

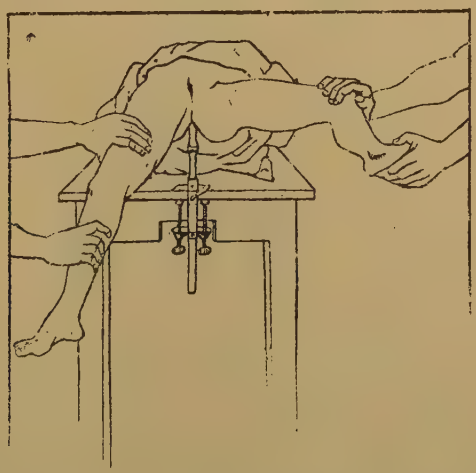


Fig. 1. — Malade immobilisé par deux aides sur le pelvi-support de Lorenz, pour la construction du spica plâtré en première position.

peut dire en pareil cas, que réduire n'est rien, maintenir réduit est tout (1).

Une fois la réduction obtenue, Lorenz fait placer l'enfant sur son pelvi-support (voyez fig. 1) et procède à la confection de l'appareil plâtré, qui va immobiliser le membre en première position.

Première position. — Dans cette première position (voyez fig. 2) la cuisse est en abduction à 90° et le genou repose sur le plan de la table; la cuisse est donc orientée dans un plan frontal.

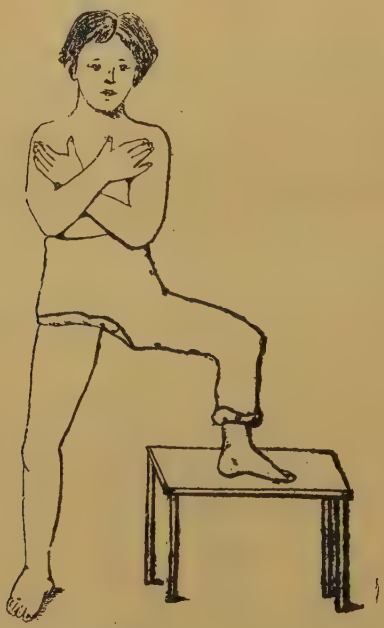


Fig. 2. — Spica plâtré en première position de Lorenz.
(Ici le genou est pris dans l'appareil comme Brun l'a conseillé).

1. Nous faisons abstraction des cas d'irréductibilité précoce. Nous avons vu à l'hôpital Trousseau une fillette âgée seulement de 2 ans 1/2, présentant une double luxation congénitale de la hanche, et déjà irréductible !

Quant au sens de la rotation, Lorenz recommandait, il y a quelques années (Communication au Congrès International de 1900), la rotation interne.

Aujourd'hui il conseille la rotation indifférente, mais le plus souvent il immobilise le membre en rotation externe.

Le genou n'est pas pris dans l'appareil, et quelques jours après la réduction, dès que les phénomènes de réaction ont disparu, Lorenz fait marcher l'enfant, dans l'espérance d'amener le creusement de la cavité cotyloïde par la pression de la tête fémorale.

Ce premier appareil plâtré est maintenu en place pendant cinq à six mois.

Deuxième position. — Au bout de ce temps, l'appareil est enlevé, et on applique un deuxième appareil

Fig. 3. — Spica plâtré en deuxième position de Lorenz.

plâtré qui immobilise la cuisse en abduction moyenne. (Voyez fig. 3.) Lorenz semble attacher peu d'importance au sens de la rotation. Cependant, le plus souvent, (d'après les figures de son ouvrage) c'est la rotation externe qui domine.

L'immobilisation dans ce second appareil dure trois à quatre mois ; ce qui fait pour les deux premières périodes d'immobilisation un total de dix mois environ.

Troisième position. — Si l'abduction n'a pas été complètement corrigée dans le second appareil, ce qui est le cas habituel, on applique un troisième appareil plâtré, qui immobilise le membre dans la rectitude pendant une dernière période de trois mois.

Le traitement dure donc environ un an.

Au bout de ce temps, l'enfant marche sans soutien.

Telle est, dans ses grandes lignes, la méthode de Lorenz.

Méthode de Lorenz modifiée.

Parmi les modifications apportées à la méthode de Lorenz par divers chirurgiens, nous devons signaler celles qu'a préconisées Brun.

Comme Lorenz, Brun immobilise le membre traité dans les trois attitudes successives, décrites ci-dessus. Mais son procédé diffère de celui de Lorenz, en ce que le genou est pris dans l'appareil, et en ce que l'enfant ne marche pas.

Ces modifications ont pour but d'assurer une immobilisation meilleure que celle obtenue, selon la méthode de Lorenz. D'autre part, comme Brun l'a montré, il n'est pas indispensable que le fémur vienne tarauder la cavité cotyloïde sous l'influence des mouvements de la marche.

Le simple contact de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale, au niveau du ligament en Y, suffit pour amener le creusement du cotyle.

Nous rapportons une première série d'observations qui montrent les résultats obtenus à l'hôpital Trousseau, soit par la méthode de Lorenz, soit par celle de Brun. Ces observations de malades traités par la méthode lente, serviront de terme de comparaison avec celles des malades traités par la méthode rapide.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode orthopédique lente

(*Observations communiquées* par le Dr Judet).

Obs. I. — Marcelline P.., 5 ans 1/2.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

Cette enfant, fut traitée à l'âge de 3 ans, à l'hôpital Trousseau, par le Dr Grisel.

Deux appareils plâtrés furent appliqués :

Le premier en extension d'emblée, avec abduction moyenne, demeura en place deux mois.

Le deuxième en extension complète, sans abduction, fut gardé trois mois.

Insuccès; l'enfant boite toujours autant. Une radiographie faite le 15 février 1904 montre que la luxation persiste (Voyez Planche I).

Il y a trois centimères de raccourcissement à gauche.

25 *février* 1904. — Réduction de la luxation sous chloroforme, sans grande difficulté.

La tête fémorale vient faire saillie dens le triangle de Scarpa.

On immobilise le membre dans un appareil plâtré maintenant la cuisse en abduction à 90° avec le plan sagittal, en flexion à 90° et dans le plan frontal, (c'est-à-dire le genou reposant sur la table).

20 *mai* 1904. — Un deuxième appareil maintenant, la cuisse en abduction, à 45° avec le plan sagittal, est mis en place. Une radiographie sous plâtre montre que la tête fémorale est basse, et que son noyau d'ossification est au niveau de la branche horizontale du cartilage en Y.

Cet appareil reste en place quatre mois et demi.

L'enfant ne marche pas, et ne s'appuie pas sur sa jambe.

4 *octobre* 1904. — Un troisième appareil plâtré est appliqué en extension complète : il ne reste en place qu'un mois seulement, l'enfant ne marchant pas.

10 *novembre* 1904. — Une radiographie faite à ce moment montre qu'il y a guérison anatomique.

La durée totale du traitement a été de huit mois et demi.

3 *décembre* 1905. — Guérison complète ; anatomique et fonctionnelle.

(Voyez Planche II).

2 *octobre* 1906. — La guérison se maintient parfaite. Rien ne permet de faire soupçonner que cette enfant a jadis boité, et a été atteinte d'une grave difformité de la hanche.

Obs. II. — Lucienne L...,4 ans.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

A l'examen, on trouve le grand trochanter à 6 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton Roser, et très en arrière.

La tête fémorale est, en avant, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La boiterie est très marquée.

15 *février* 1904. — La luxation est réduite et un premier appareil plâtré est appliqué dans la première position de Lorenz, c'est-à-dire la cuisse étant à 90° en abduction, et 90° en flexion.

Fin avril 1904. — Application d'un nouvel appareil plâtré dans la deuxième position de Lorenz, c'est à dire en abduction moyenne.

Ce deuxième appareil est resté en place cinq mois. Pendant les trois premiers mois l'enfant est restée au lit; pendant les deux autres elle a marché.

6 *octobre* 1904. — Une radiographie faite après l'ablation de ce deuxième appareil montre :

1° que la réduction est bonne, anatomique.

2° que le cotyle s'est creusé.

A ce moment, il existe dans la hanche une grande mobilité.

8 *octobre* 1904. — On fait un troisième appareil plâtré immobilisant la jambe en position directe : le genou reste libre.

10 *novembre* 1904. — Ablation de l'appareil qui a mal conservé la rotation interne. Une radiographie faite alors, montre que la luxation est en voie de récidive. Un quatrième appareil est mis en place sous chloroforme, qui prend le pied et le maintient en rotation interne très prononcée, On l'enlève le 17 janvier 1905.

20 *mars* 1905. — L'enfant marche depuis le 1er février : la boiterie continue à être assez accentuée.

A l'examen on constate l'égalité complète de longueur des deux membres. Le grand trochanter est à un demi centimètre au-dessus de la ligne de Nelaton-Roser. La tête fémorale est perçue à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, immédiatement en dehors de l'artère fémorale, et un peu plus superficielle que du côté opposé.

La malade est vue par M. Hennequin. Le diagnostic de transposition antérieure est porté et vérifié par la radiographie. La tête fémorale est solidement fixée. (Voyez Planche III).

12 *mai* 1905. — La boiterie a diminué. Il y a toujours égalité absolue des deux membres : la tête fémorale est perçue à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On constate une atrophie musculaire marquée de la cuisse et une tendance à la rotation externe. Cependant, l'enfant marche « infatigable », dit la mère.

2 *août* 1905. — La boiterie est peu marquée dans la marche. L'égalité absolue des membres subsiste.

La transposition antérieure se maintient, la tête fémorale étant sur la verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, basse, et notablement en dehors de l'artère fémorale. L'atrophie est persistante et il y a tendance à la rotation externe. Pour combattre cette tendance, le Dr Judet fait porter pendant quelque temps à l'enfant une ceinture spéciale.

Juin 1906. — Le résultat qui peut être considéré csmme définitif est suivant :

Transposition antèrieure basse ayant amené la disparition du raccourcissement, et une très grande amélioration de la marche.

Obs. III. — Antoinette W..., 4 ans.

15 *octobre* 1904. — *Luxation congénitale de la hanche droite.*

La mensuration des deux membres accuse deux centimètres de raccourcissement pour la jambe droite.

La marche est difficile ; l'enfant tombe fréquemment.

18 *octobre* 1904. — La luxation est réduite sous chloroforme, sans qu'on soit obligé de rompre les adducteurs, facilement, en dix minutes. On constate un gros ressaut. La tête fémorale vient faire saillie dans le triangle de Scarpa, derrière l'artère fémorale.

On applique un appareil plâtré qui immobilise le membre malade dans la première position de Lorenz.

5 *janvier* 1905. — Le premier appareil est enlevé. Le fascia lata est fortement rétracté, mais la tête fémorale semble bien rester à sa place. On applique un deuxième appareil plâtré dans la seconde position de Lorenz.

Une radiographie faite sous plâtre par M. Ménard montre que le résultat est bon.

13 *mars* 1905. — Le deuxième appareil est enlevé, et on corrige l'abduction.

La radiographie faite à ce moment montre que la réduction est parfaite.

La tête fémorale droite est même plus basse que la gauche. L'horizontale passant par le cartilage en Y passe, au-dessus de la tête fémorale du côté malade, en travers du côté sain.

La partie supérieure du cotyle paraît déshabitée sur une faible hauteur.

14 *mars* 1905. — L'enfant est anesthésiée au bromure d'éthyle, et un troisième appareil plâtré est mis en place, qui devra être gardé un mois.

Nous n'avons pu avoir de nouvelles de la malade ; mais étan donné l'aspect radiographique de la hanche traitée au sortir du deuxième appareil, nous ne doutons pas que la réduction ait persisté.

Obs. IV. — Rosemonde Juss... 2 ans 6 mois.

Luxation congénitale double de la hanche.

Au début d'avril 1905, l'enfant se présente atteinte d'une double luxation congénitale de la hanche. L'ascension du grand trochanter est de 2 cm. 5 au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser des deux côtés.

A la marche la malade accuse un dandinement très marqué surtout à gauche.

10 *avril* 1905. — On procède avec la plus grande facilité à la réduction bilatérale de la luxation. Le ressaut est très perceptible des deux côtés. L'enfant est immobilisée dans l'attitude de grenouille (Voy. fig. 4).

Fig. 4. — Première position de Lorenz : Spica pour luxation double.

Une radiographie faite sous ce premier plâtre, montre que les deux têtes fémorales sont plus basses que le cotyle, au niveau, et contre les projections ischio-pubiennes.

6 *juin* 1905. — Après ablation du premier appareil; l'enfant est anesthésiée et l'on applique un deuxième appareil plâtré en rotation interne.

Cliniquement, la tête fémorale est repérée derrière l'artère, et le grand trochanter est au niveau de la ligne de Nélaton-Roser.

La rotation interne est maintenue à l'aide de bandes de toile

7 *septembre* 1905. — Ce deuxième appareil est enlevé.

Du côté de la hanche droite : la tête fémorale est basse et en dehors de l'artère.

Du côté de la hanche gauche: résultat identique, mais la tête est un peu plus externe. Le membre a une tendance à la rotation externe.

6 *octobre* 1905. — Les deux hanches se présentent sous l'aspect de double tranposition antérieure.

Le grand trochanter est saillant à 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

La tête fémorale est antérieure, sur la ligne verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, immédiatement en dehors de l'artère.

La radiographie montre qu'il n'y a pas de réduction vraie. L'horizontale du cartilage en Y coupe le noyau céphalique, c'est-à-dire qu'il y a abaissement du fémur, la tête fémorale projette suivant un cercle.

Au total, cliniquement et radiographiquement, il y a transposition antérieure double.

11 *octobre* 1906. — La boiterie persiste, assez accentuée.

Il y a luxation antérieure des deux côtés. L'examen physique

semble montrer que la tête fémorale est bien fixée. Néanmoins, le Dr Judet se propose de reprendre le traitement, espérant par la méthode orthopédique abrégée, arriver à une réduction anatomique.

Obs. V. — Carmen Houd, 32 mois.

Luxation congénitale double de la hanche.

L'enfant présente tous les symptômes fonctionnels : on constate nettement le phénomène du ressaut (1). Le diagnostic est confirmé par la radiographie.

22 *mai* 1905. — Sous chloroforme, on fait la réduction des deux luxations, et les deux membres sont immobilisés dans une forte abduction ; l'angle du fémur avec le plan sagittal étant plus grand que 90°.

17 *juillet* 1905. — Un deuxième appareil plâtré est mis en place, qui immobilise les deux membres en abduction moyenne et rotation interne.

La tête fémorale qui était perçue très superficiellement dans la première position, s'enfonce un peu, en bonne place derrière l'artère, des deux côtés.

Des adhérences très fortes se sont constitués.

7 *septembre* 1905. — L'urine ayant ramolli l'appareil, celui-ci est changé. On prend les pieds amenés en rotation interne.

26 *octobre* 1905. — L'appareil est enlevé. Cliniquement la tête est basse des deux côtés. Le grand trochanter est à 1 centimètre au-dessus de la ligne de Nelaton-Roser. La tête fémorale est un peu en dehors de l'artère fémorale. Les deux membres sont égaux.

1. Il suffit de porter la cuisse en flexion, abduction et rotation en dehors pour obtenir sans effort un claquement caractéristique de la réduction.

Une radiographie faite alors montre que du côté droit, il y a réduction anatomique et que du côté gauche le résultat est moins bon.

Il y a écartement transversal de la tête fémorale. La verticale abaissée du bord du toit affleure seulement la corne interne du croissant céphalique.

Obs. VI. — Hélène Chaz..., 4 ans.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

Il y a boiterie très marquée. Le membre gauche est plus court de 2 centimètres 1/2.

La radiographie confirme le diagnostic de luxation gauche fait cliniquement.

1er *décembre* 1904. — La luxation est réduite sous chloroforme, on constate un gros ressaut. Le membre malade est immobilisé par un spica plâtré dans la première position de Lorenz (abduction 90°, flexion 90°).

16 *janvier* 1905. — Le premier appareil enlevé, un deuxième appareil plâtré est mis en place, immobilisant le membre traité dans la deuxième position de Lorenz (abduction et flexion moyennes).

Une radiographie faite sous plâtre montre que le résultat est bon.

Cependant la tête fémorale est un peu haute et appuyée contre le toit cotyloïdien.

23 *avril* 1905. — On procède à l'ablation du deuxième appareil. Il n'y a pas de raccourcissement du côté malade. La tête fémorale est basse et un peu trop externe. On note des signes de transposition antérieure.

On prescrit des massages, des exercices de marche : l'enfant va aux bains de mer.

20 *octobre* 1905. — La reluxation en transposition antérieure est confirmée.

Du côté malade on note un demi centimètre de raccourcissement.

La boiterie persiste, mais peut être corrigée lorsque l'enfant se surveille.

Il y a atrophie musculaire marquée.

Septembre 1906. — La tête fémorale s'est maintenue en position basse et antérieure. La marche s'est beaucoup améliorée: Le boiterie a presque complètement disparu: elle n'apparaît que lorsque l'enfant est fatiguée.

Obs. VII. — Adeline P..., 3 ans.

Luxation congénitale de la hanche bilatérale.

La luxation est plus prononcée à gauche : il y a deux centimètres de raccourcissement de côté.

28 *avril* 1905. — Les deux luxations sont réduites et les deux membres sont immobilisés par un double spica plâtré.

6 *juin* 1905. — L'appareil est enlevé. L'enfant est radiographiée; de cet examen il résulte:

Du côté droit, récidive complète; du côté gauche, la hanche présente l'aspect d'une transposition antérieure.

Sans recourir à l'anesthésie, le Dr Judet se met en devoir d'immobiliser le membre gauche dans la deuxième position de Lorenz.

La tête fémorale de ce côté, est basse, à bon niveau, immédiatement en dehors de l'artère fémorale.

Du côté droit, la luxation est réduite: on constate un ressaut minime. Le membre est immobilisé en première position de Lorenz.

25 *juillet* 1905. — Un nouvel appareil est mis en place qui immobilise les deux membres dans la deuxième position de Lorenz.

Cliniquement il semble qu'il y ait réduction anatomique à droite, transposition antérieure à gauche.

22 *août* 1905. — Le membre inférieur gauche est libéré du plâtre, et la marche est permise.

12 *octobre* 1905. — L'appareil plâtré est définitivement enlevé

Cliniquement, il semble qu'il y ait double transposition antérieure, la tête fémorale étant plus basse et moins externe du côté droit que du côté gauche.

La radiographie faite à ce moment montre que :

A gauche. — La luxation persiste ; l'aspect de la hanche est sensiblement le même qu'avant le traitement. L'échec paraît complet.

A droite. — Transposition antérieure basse, (qui a persisté depuis).

Obs. VIII. — Hélène Champ.., 3 ans.

Luxation congénitale de la hanche droite.

A l'examen de la hanche malade, on trouve la tête fémorale superficielle, antérieure et externe. La jambe droite est plus courte que la gauche de trois centimètres.

22 *juin* 1905. — La luxation est réduite sous chloroforme : un appareil plâtré est mis en place dans la première position de Lorenz.

Une semaine plus tard la hanche traitée est radiographiée sous plâtre, et l'on constate :

1° Que l'abduction est insuffisante.

2° Que la tête fémorale est haute et appuyée seulement contre la partie extrême du toit.

1er *juillet* 1905. — Sous chloroforme on refait l'appareil plâtré en abduction plus grande. Il n'y a pas de ressaut. Cet appareil est laissé en place six semaines seulement.

12 *août* 1905. — La tête fémorale est perçue profondément, au milieu de la base du triangle du Scarpa, et derrière l'artère fémorale semble-t-il.

On applique un deuxième appareil en abduction moyenne et rotation interne.

24 *novembre* 1905. — On enlève ce deuxième appareil. L'examen clinique et radiographique de la hanche traitée montre qu'il y a reluxation en transposition antérieure un peu haute,

23 *mars* 1906. — La transposition antérieure subsiste. Il y a 1 centimètre et demi de raccourcissement du côté droit. La boiterie persiste bien qu'atténuée.

Obs. IX. — Andrée Maind..., 3 ans 1/2.

Double luxation congénitale de la hanche.

Enfant née à terme, par le sommet. Elle a marché tard : à 17 mois. La mère s'est alors aperçue du dandinement caractéristique.

8 *avril* 1904. — Les deux luxations sont réduites et un premier appareil plâtré est mis en place immobilisant les deux membres dans l'attitude dite de grenouille. Cet appareil est laissé en place six mois.

Il a été bien toléré, mais a cassé à gauche au bout de quatre mois, de sorte que la cuisse, bien qu'elle ait conservé la position d'abduction et de rotation en dehors, a pu jouir d'une certaine mobilité.

4 *octobre* 1904. — Les deux cuisses sont amenées en abduction moyenne et rotation interne, et immobilisées dans cette

attitude par un double appareil plâtré. Cette manœuvre a été facile à gauche, difficile à droite.

28 *novembre* 1904. — Sans anesthésie, il est procédé à la confection d'un troisième appareil plâtré.

Les deux membres sont mis dans la rectitude. Un double spica descend jusqu'aux pieds et les prend pour maintenir la rotation interne.

Cet appareil reste deux mois en place.

8 *février* 1905. - Les deux têtes fémorales sont perçues immédiatement en dehors de l'artère fémorale à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure : la tête fémorale droite étant légèrement plus externe.

Le grand trochanter de chaque côté se trouve au niveau de la ligne de Nelaton-Roser.

Cliniquement il y a guérison : mais pas de réduction vraie, sans doute transposition antérieure. On remarque que la jambe droite est en rotation externe.

Obs. X. — Denise Mon..., 29 mois.

Luxation congénitale de la hanche droite.

Enfant née à terme, par le sommet : la mère s'est aperçue de la claudication dès les premiers pas de l'enfant.

24 *mai* 1905. — La tête fémorale droite est perçue antérieurement, sur la verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, trois centimètres au-dessous. Le membre droit présente un raccourcissement de deux centimètres et demi. La boiterie est très marquée.

L'enfant se défendant, la réduction est faite sous chloroforme, facilement. On constate le ressaut ; le claquement est perçu à distance. La réduction se maintient en abduction moyenne, attitude dans laquelle on confectionne l'appareil plâtré.

22 *juillet* 1905. — On coupe le plâtre ; il n'existe pas d'adhérences, et l'enfant peut diminuer spontanément l'abduction, déjà trop faible, et la rotation externe de son membre inférieur droit.

La tête fémorale est profonde dans le triangle de Scarpa, un peu en dehors de l'artère.

Il est vraisemblable que la reluxation a été causée par l'insuffisance de l'abduction.

24 *juillet* 1905. — Un deuxième appareil est appliqué en rotation interne. On entend quelques gros craquements: il est possible que la tête fémorale ait filé en arrière. En tout cas elle est devenue très profonde.

5 *novembre* 1905. — L'appareil est enlevé. La radiographie faite à ce moment montre que le résultat est mauvais. Il y a récidive de la luxation en transposition antérieure, un peu élevée.

21 *décembre* 1905. — La marche a été bonne pendant le mois qui a suivi la fin du traitement. Depuis quinze jours, elle est moins satisfaisante.

A l'examen, on constate un raccourcissement de trois quarts de centimètre à droite. Le pied est en bonne attitude. La tête fémorale est en position basse sous l'épine iliaque antérieure et supérieure, immédiatement en dehors de l'artère.

Juin 1906. — La marche s'est améliorée, mais la boiterie persiste. Le raccourcissement n'a pas augmenté.

Octobre 1906. — Mêmes constatations. Le Dr Judet se propose de reprendre le traitement pour obtenir la réduction anatomique par la méthode orthopédique abrégée.

Obs. XI. — Plasteig Cas.., 3 ans.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

La réduction de la luxation a été assez facile, et a donné lieu à la constatation d'un ressaut bien net.

On a appliqué d'abord un premier appareil plâtré qui a immobilisé le membre traité dans la première position de Lorenz.

Cet appareil est resté en place quatre mois.

La radiographie faite au sortir de cet appareil montre que la réduction est bonne.

On applique alors un deuxième appareil, en abduction moyenne qui reste en place trois mois.

Ce deuxième appareil enlevé, un troisième est mis en place qui reste quatre mois.

Au sortir de ce dernier appareil, on constate :

1° Le résultat anatomique est très bon ;

2° Le résultat fonctionnel est moins satisfaisant ; la grande atrophie musculaire de la jambe et de la hanche rend longtemp la marche difficile. La raideur du genou persiste plusieurs mois.

Mai 1906. — Enfant complètement guérie.

Obs. XII. — Caroline Spi.., 3 ans et demi.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

Déjà traitée à Pavie à l'âge de 1 an et demi par l'extension continue avec des poids.

Elle vient une première fois à l'hôpital Trousseau le 8 septembre 1902. Le Dr Grisel réduit la luxation et met en place un appareil plâtré dans la première position de Lorenz. Cet appareil a été enlevé au bout de deux mois et demi. Quatre jours après son ablation, la marche est conseillée. L'enfant n'a pas

boité les premiers jours, mais la boiterie a reparu depuis, il y a eu récidive comme l'a montré la radiographie.

3 *février* 1904. — Le Dr Judet réduit de nouveau la luxation, sans difficulté, et immobilise la hanche dans la première position de Lorenz.

17 *mai* 1904. — L'appareil est enlevé. La radiographie montre la tête fémorale basse, mais un peu écartée transversalement.

18 *mai* 1904. — Sous chloroforme, passage à la deuxième position de Lorenz. La radiographie sous plâtre montre que le résultat est bon. Cet appareil reste en place jusqu'au 23 septembre: soit quatre mois.

Il n'y a pas eu de troisième appareil:

L'enfant marchait bien au sortir de son deuxième appareil. Elle est repartie pour l'Italie, guérie.

Il est permis de penser que le résultat du traitement continue à être bon.

* * *

Les résultats obtenus par cette manière de faire : méthode de Lorenz primitive ou modifiée, sont les suivants.

Au total 16 luxations traitées ;
5 réductions anatomiques ;
10 transpositions antérieures.

Ces transpositions constituent certainement, dans la majorité des cas, une amélioration, mais elles sont, si l'on peut dire, de diverses qualités.

Tantôt, la tête est en position basse, sous l'arcade fémorale, immédiatement en dehors de l'artère. (Voyez Planche III). Le raccourcissement qui était considé-

rable (trois ou quatre centimètres) est insensible ou n'est plus que de 1 centimètre, 1 centimètre et demi.

La marche est plus facile, bien qu'un peu de boiterie persiste.

Sur les 10 transpositions antérieures que nous avons rapportées, 8 sont dans ce cas.

Nous les avons revues et suivies, et la tête fémorale est bien fixée. L'amélioration est indiscutable et paraît définitive.

Dans deux autres cas, la transposition est moins bonne. La tête fémorale est située plus haut, elle est plus en dehors : il semble qu'elle est moins bien fixée, et il serait téméraire d'affirmer que dans l'avenir elle ne reprendra pas sa migration, qui de transposition antérieure relativement bénigne, va la transformer en luxation postérieure beaucoup plus grave.

En fait, le traitement a été peu profitable ; il a seulement retardé l'aggravation de la maladie, mais il ne paraît pas susceptible de la prévenir.

Si l'on pouvait à la rigueur se contenter d'une transposition antérieure et s'en montrer satisfait, au début de l'application de la méthode orthopédique, alors que l'on n'était pas encore familiarisé avec l'idée de la curabilité de la luxation congénitale de la hanche, un tel résultat doit être considéré comme insuffisant depuis que nous savons que l'on a pu obtenir des résultats parfaits, comme celui qui est consigné dans l'observation I.

Il est vrai que tous les cas ne sont pas identiquement superposables. Il y a certainement des malades,

ch ez lesquels l'atrophie plus marquée du fémur ou du cotyle crée des circonstances plus particulièrement défavorables au maintien de la réduction.

Mais, d'après le Dr Judet, (1) ces différences ne sont pas très loin. S'il y a reluxation antérieure la faute en est beaucoup moins au malade, qu'à la méthode de traitement employée.

La radiographie prouve que les lésions primitives sont minimes chez les jeunes sujets : léger vice de conformation, et orientation défectueuse du cotyle et de la tête fémorale, rien de plus dans la grande majorité des cas. C'est le défaut de contact de la tête fémorale et du cotyle qui engendre les grosses lésions : mais ces grosses lésions ne sont pas primitives.

De même que la fonction crée l'organe, l'absence ou la perversion de la fonction amène l'atrophie de l'organe. En résumé on peut dire que toute luxation congénitale de la hanche passe par une phase, où non seulement elle peut être réduite, mais encore rester réduite.

Si la méthode de Lorenz, avec ses trois appareils successifs, aboutit si souvent à la reluxation en transposition antérieure, c'est que cette méthode est défectueuse en quelqu'une de ses parties.

1. De la Radiographie dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la luxation congénitale de la hanche, *in Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique* du professeur Bergonié de Bordeaux. N° 162, 25 mars 1905.

Des causes qui, dans la méthode de Lorenz, favorisent la reluxation en transposition antérieure.

Nous avons vu que, dans la première position de Lorenz, le genou repose sur le plan de la table, et que a cuisse est orientée dans le plan frontal.

Or, dans cette position, la tête fémorale est loin d'être entièrement contenue dans la cavité cotyloïde, alors même que celle-ci présenterait un développement très suffisant.

Dans cette position d'abduction à 90°, le pôle de la tête fémorale regarde, non pas en dedans sur le centre de la cavité cotyloïde, mais directement en avant. On se rend très bien compte de ce fait lorsqu'on examine un malade sortant de l'appareil de Lorenz (première position) : ou voit alors que la tête fémorale est située très superficiellement à la base du triangle de Scarpa. Par une palpation attentive on peut se rendre compte, l'atrophie des muscles aidant, que le pôle de la tête fémorale est un peu en dehors de la ligne où bat l'artère fémorale.

C'est donc que la tête fémorale n'est pas là où elle devrait être : elle est un peu trop en dehors.

De plus, dans la première position de Lorenz, la partie antérieure de la capsule articulaire, du fait de l'abduction forcée, se trouve subir une distension et une élongation considérables. La partie postérieure au contraire est rétractée.

Lorsqu'on passe à la seconde position, la rotation externe étant transformée en rotation interne, cette partie antérieure de la capsule se relâche, devient trop longue et devant la tête fémorale et le cotyle, se trouve une sorte de logette toute préparée pour la recevoir. Les rétractions musculaires font le reste.

En effet, sous l'influence de la première position de Lorenz, tous les muscles de la hanche ont subi des modifications de longueur.

Les muscles s'insérant à l'épine iliaque antérieure et supérieure ont subi une rétractation considérable, et tirent fortement la tête fémorale en haut et en avant, lorsqu'on veut faire passer le membre de la première à la deuxième position.

Les muscles abducteurs et fléchisseurs sont rétractés, et leurs antagonistes, les muscles adducteurs et extenseurs sont allongés. Au total, il y a perte complète de l'équilibre musculaire.

Il en résulte que, lorsqu'on veut faire passer le membre de la première à la seconde position de Lorenz, la tête fémorale est soumise à des tractions très violentes, et dont il est souvent difficile de mesurer la portée.

C'est à ce moment qur se produit la transposition antérieure, comme nous l'ont démontré nos examens radiographiques : et cela quelles que soient les précautions prises, et quelle que soit la lenteur apportée au passage de l'une à l'autre position.

La conclusion de ce chapitre est qu'il faut :

1° Modifier la première position de Lorenz ;

2° Éviter la mobilisation brusque de la hanche, lorsqu'elle sort du spica plâtré.

Nous allons voir que la méthode orthopédique abrégée remplit ces deux conditions.

MÉTHODE ORTHOPÉDIQUE ABRÉGÉE

Après la réduction de la luxation, dont la technique n'offre rien de spécial, nous immobilisons le membre malade dans un spica plâtré, tout comme Lorenz et Brun, mais la position initiale n'est pas la même.

L'angle de la cuisse avec l'axe longitudinal du corps est de 90°, tout comme dans la première position de Lorenz, mais au lieu de placer la cuisse dans le plan frontal, de manière que le genou repose sur la table, nous plaçons le fémur de telle sorte qu'il fasse un angle de 45° environ avec le plan frontal. (Voy. fig. 5).

Il résulte de cette modification, qui peut paraître insignifiante *a priori*, deux conséquences très importantes :

1° La tête fémorale regarde presque directement en dedans, de telle sorte que son centre est en contact avec le cartilage en Y. « Il semble bien que ce contact soit « indispensable pour que le cartilage en Y du cotyle « et le noyau cartilagineux de la tête fémorale réagis-

« sent l'un sur l'autre, prolifèrent, reconstituent les sur
« faces articulaires normales (1). »

2° La capsule antérieure n'est pas soumise à cette distension et cette élongation considérables qu'elle subit dans la première position de Lorenz.

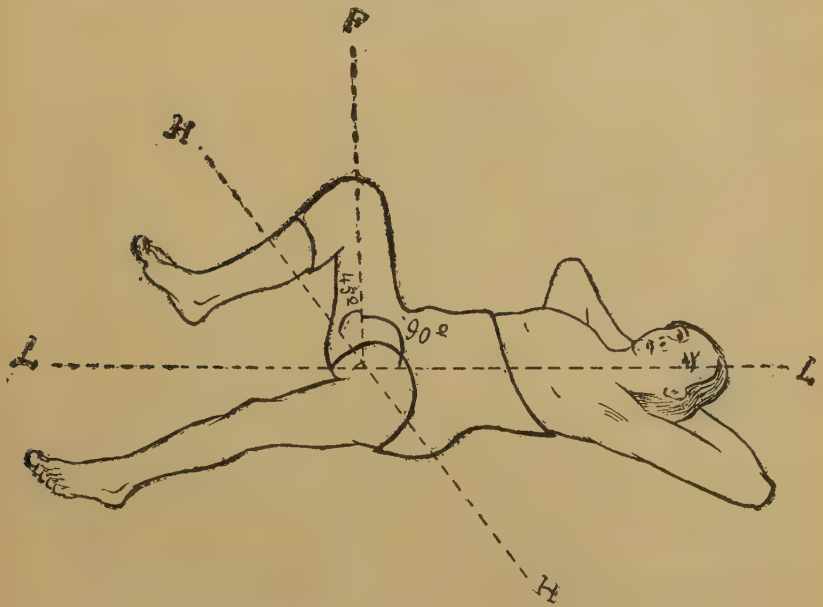


Fig. 5. — Spica plâtré en position de choix. (*Méthode orthopédique abrégée*).
F : axe fémoral.
L : axe longitudinal.
H : section du plan horizontal au niveau des 2 cotyles.

Elle continue à brider en avant la tête fémorale et s'oppose à la reluxation antérieure.

Comme conséquence de cette position, la rotule, au lieu de regarder directement en dehors, a tendance à

1. Dr Judet. In *Bulletin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris* (N° du 15 février 1906).

regarder en avant. La rotation est donc moins prononcée que dans le premier spica de Lorenz.

Il est essentiel que cette position soit maintenue pendant toute la durée de la confection du spica plâtré.

Ce n'est point chose facile, certes, que de maintenir l'enfant immobile pendant vingt ou trente minutes, sur un pelvi-support du genre de celui de Lorenz. Les causes qui viennent troubler l'immobilité nécessaire sont multiples. C'est l'oscillation du bassin résultant des légers mouvements de l'aide qui tient la cuisse saine ; c'est encore et surtout, les mouvements inévitables du deuxième aide chargé d'immobiliser le genou malade. A chaque instant, les mains de cet aide sont obligées de lâcher prise partiellement, pour permettre aux bandes de l'appareil plâtré de venir entourer le genou.

Si l'on ajoute à cela la fatigue des aides, leur inattention possible, ne serait-elle que de quelques secondes, on concevra facilement que la reluxation se soit produite nombre de fois au moment même de la confection de l'appareil.

La présence des bandes plâtrées molles fraîchement enroulées empêchent de percevoir le ressaut de reluxation.

Il en résulte que la partie est d'emblée perdue, et que l'enfant est exposé à subir un traitement laborieux et pénible pour un résultat nul.

Le Dr Judet obvie à cette incertitude initiale et capitale du traitement, par deux moyens :

1° Emploi d'un pelvi-fixateur spécial.

2° Radiographie sous plâtre pour contrôler la réduction.

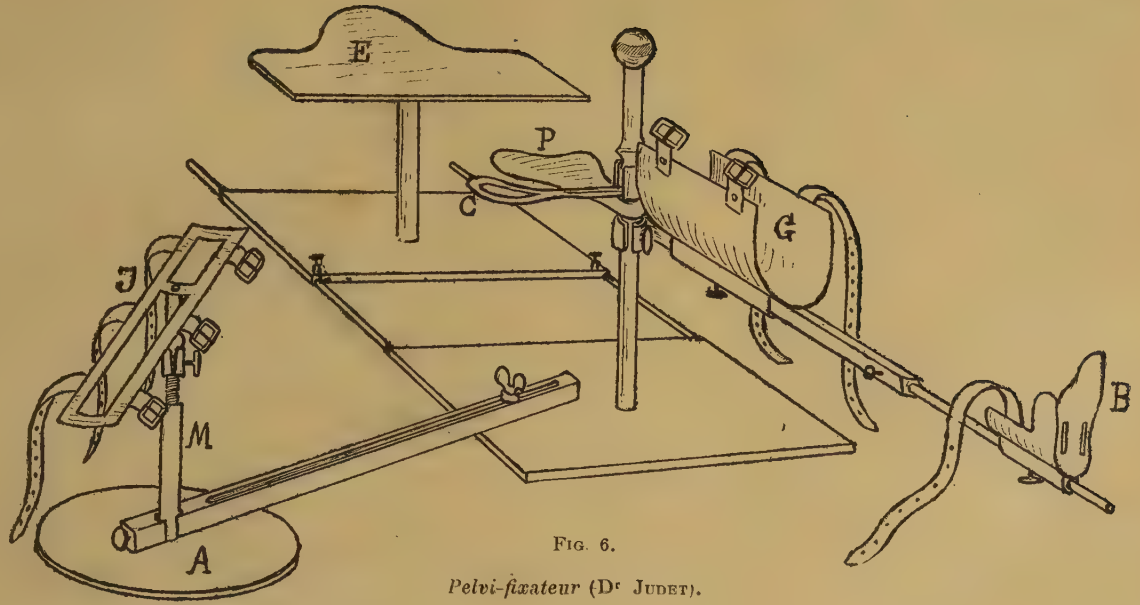


FIG. 6.

Pelvi-fixateur (Dr JUDET).

— DESCRIPTION DU PELVI-FIXATEUR :

Le but de cet appareil est, d'une part d'immobiliser le bassin et le membre sain, d'autre part, d'immobiliser le membre malade dans la position choisie, après réduction de la luxation, tout en permettant de construire le spica plâtré.

Description sommaire :

1° Un *tabouret* E soutient la tête et le dos du malade. Un système de glissières permet d'éloigner ce petit banc à plus ou moins grande distance du pelvi-support, suivant la taille de l'enfant.

2° Le *pelvi-support* est constitué comme à l'ordinaire par une plaque métallique triangulaire P à base antérieure correspondant au sacrum, à sommet postérieur répondant au périnée.

3° *Appareils de fixation du membre sain.* — A la partie supérieure de l'axe du pelvi-support, vient s'articuler, par l'intermédiaire d'une griffe puissante une tige de longueur réglable à volonté.

Cette tige horizontale supporte le membre sain à l'aide d'une bottine métallique B qui fixe le pied, et d'une gouttière G qui vient étreindre la partie tout à fait supérieure de la cuisse saine.

Il en résulte que le bassin lui même est fixé sur le pelvi-support.

4° *Appareil de fixation du grand trochanter du côté luxé.* — Une cuiller rappelant en petit celle du forceps, peut aller chercher le grand trochanter, à l'endroit exact où il se trouve, et faire pression contre lui de bas en

haut, de manière à s'opposer à la reluxation en arrière du fémur.

Cette cuiller rétro-trochantérienne C est fixée par une vis de pression à une tige qui prolonge en haut l'axe du pelvi-support.

Après dessiccation du plâtre, la cuiller rétro-trochantérienne (qui est restée prise entre la région trochantérienne et les bandes de tarlatane) sera retirée par l'orifice périnéal de l'appareil plâtré.

5° *Appareil de fixation du membre luxé.* — Il est constitué essentiellement par une gouttière J faiblement excavée, que l'on sangle énergiquement contre la face postérieure de la jambe du côté malade.

Cette gouttière est reliée par l'intermédiaire d'une articulation à genouillère à une tige qui s'allonge ou se raccourcit à volonté par le jeu d'une vis à pas rapide engaînée dans un tube M.

Ce tube porte-gouttière prend contact par une large embase avec la table d'opération; il est alors saisi par une griffe puissante qui le rend solidaire de la plaque basale du pelvi-support.

Il en résulte que la jambe, et par suite le genou, sont de la sorte immobilisés dans la position choisie comme étant la plus favorable au maintien du contact de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde.

Mettre le malade en place sur le pelvi-fixateur, fixer le membre sain, placer la cuiller rétro-trochantérienne immobiliser la gouttière jambière J (préalablement attachée au membre) est l'affaire de deux à trois minutes.

Ce temps de fixation du malade, doit retenir toute

l'attention du chirurgien, car c'est une partie essentielle de l'opération.

On vérifiera ensuite, par une palpation attentive du triangle de Scarpa, la réalité de la réduction.

Alors seulement, on commencera la construction du spica plâtré, avec la certitude de faire œuvre utile, et d'éviter cette pratique décevante et trop souvent renouvelée, d'un appareil immobilisant une hanche reluxée aussitôt que réduite.

RADIOGRAPHIE SOUS PLATRE :

Il est possible d'obtenir, à travers un appareil plâtré, une épreuve radiographique très suffisante pour renseigner le chirurgien sur les rapports réciproques de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde.

M. Ménard, chargé du Laboratoire de Radiographie de l'hôpital Trousseau, et M. Infroy, ont obtenu des épreuves très satisfaisantes.

M. Ménard s'est servi de tubes de Chabaud assez durs, ayant une étincelle équivalente de 15 à 18 centimètres.

Le temps de pose a varié de six à sept minutes. Il est important de développer dans un bain lent, et de pousser le cliché à fond, en tenant compte seulement de la région intéressante, et en faisant de parti pris le sacrifice de toutes les autres régions du bassin.

L'appareil tel que nous venons de le définir reste en place cinq mois, six mois au maximum, pendant lesquels l'enfant ne marche pas.

Au bout de ce temps on fait l'ablation du spica plâtré, sans appliquer d'autre appareil.

Pendant un mois encore, l'enfant reste couché. Nous mettons un coussin sous le genou malade, afin de le maintenir relevé et de diminuer l'abduction. Puis nous laissons le membre revenir à lui-même.

Nous nous abstenons de toute manœuvre de force : pas de tentatives de traction.

Nous nous contentons de faire du massage des muscles rétractés, des frictions de toute la région qui a été prise dans l'appareil plâtré.

Au bout de trois à six semaines, les muscles de la hanche ont repris d'eux-mêmes leur longueur physiologique.

A ce moment, après un examen clinique minutieux et un examen radiographique, les premières tentatives de marche sont autorisées.

Dans la plupart des cas de luxation double que nous relatons, une seule hanche a été traitée à la fois.

Cependant, il est parfois possible et utile de réduire dans la même séance les deux luxations et d'immobiliser les deux hanches dans un même spica plâtré : l'attitude choisie étant pour chaque hanche celle qui nous préconisons (90° avec l'axe longitudinal au corps, 45° avec le plan de la table).

Cette manière de faire trouve la contre-indication la plus sérieuse dans le shock opératoire qu'elle détermine, shock évidemment plus grave pour une double réduction sous un même chloroforme que pour une réduction simple.

Mais lorsque la réduction de la première luxation a

été facile et courte, il est indiqué de procéder dans la même séance à la réduction de la seconde.

Il en résulte d'abord cet avantage pour le malade de n'être tenu qu'à une immobilisation totale de six mois au plus, alors que le traitement successif des deux luxations entraînerait une immobilisation d'au moins un an.

D'autre part, il peut arriver que chez des enfants déjà un peu âgés, pendant les six mois exigés par le traitement d'une hanche, l'autre devienne irréductible.

Nous avons été témoin de ce fait à l'hôpital Trousseau, comme le relate l'observation n° XXV concernant l'enfant Yvonne Gey...

La méthode rapide avec un seul appareil que nous venons de décrire et que nous avons vu appliquer à l'hôpital Trousseau par le Dr Judet, est également préconisée par le Dr Calot (1), à qui elle a donné de très brillants résultats.

Le Dr Calot, partant de ce principe que la position bonne de la cuisse, est celle où le sommet de la tête fémorale sera collé contre un point du cotyle aussi rapproché que possible du centre, ou mieux encore, situé un peu en avant de ce centre, proclame que la position bonne du membre est constituée par : 70° d'abduction, 70° de flexion, et 0° de rotation.

Une position mauvaise, dit cet auteur, c'est la posi-

1. Voyez Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche. Calot. Masson éditeur, 1905.

tion d'abduction forcée à 90° ou plus et le genou au-dessous du plan de la table.

Entre les mains du Dr Judet, cette méthode orthopédique rapide, a donné des résultats infiniments supérieurs à ceux qu'il a obtenus par la méthode lente par appareils successifs.

On en pourra juger en lisant les observations suivantes que nous rapportons et qui sont toutes inédites sauf une.

Il est à remarquer que, dans une période de transition, avant d'arriver à la formule : « Un seul appareil, « cinq mois d'appareillage », le Dr Judet a quelquefois appliqué deux appareils dans deux positions différentes, mais la durée du traitement n'a pas excédé six mois.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode orthopédique abrégée

(Observations inédites, sauf l'obs. XIII).

Obs. XIII. — Raymonde Chap.., 6 ans.

Luxation congénitale double de la hanche.

13 *juillet* 1905. — A l'inspection de la malade apparaît de suite une ensellure énorme, le bassin bascule en avant. Pendant la marche on remarque les oscillations latérales du bassin : il y a peu d'oscillations de la tête.

Des deux côtés, on trouve le grand trochanter à 4 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton, et très en arrière.

Le cotyle est dépressible.

La tête fémorale est perçue :

A droite, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et à 3 centimètres en dehors d'elle.

A gauche, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et à 5 centimètres au moins en dehors : plus écartée qu'à droite par conséquent.

Chaque col fémoral est orienté dans le sens antéro-postérieur.

L'examen radiographique montre qu'il y a double luxation postérieure et un toit médiocre surtout à droite.

17 *juillet* 1905. — La luxation du côté droit est réduite, laborieusement, après vingt minutes de manœuvres. Pour faire le spica plâtré le Dr Judet emploie son pelvifixateur.

19 *juillet.* — L'enfant présente du délire et une vive agitation. Pendant la nuit elle s'est arrachée la lèvre inférieure avec ses ongles. L'interne en médecine fait le diagnostic de stomatite impétigineuse avec profonds grattages surajoutés. Le facies est altéré, plombé. Localement, on ne constate pas d'œdème du pied.

9 *août.* — L'état de l'enfant s'améliore, mais il a été sérieux. Il reste une cicatrice indélébile de la lèvre inférieure.

Au niveau des apophyses épineuses lombaires apparaît une escharre de 5 centimètres sur 3. On fait à l'appareil une profonde échancrure, néanmoins l'attitude reste bonne.

15 *septembre.* — Devant l'incontinence d'urine persistante, l'ablation de l'appareil est décidée.

La tête fémorale est en bonne position à la base du triangle de Scarpa, et derrière l'artère.

A cause de la présence d'escharre, de plaies, on se contente d'appliquer un appareil fait d'attelles grillagées et de bandes de toile, et on diffère l'intervention.

7 *octobre* 1905. — L'état général est très remonté et le Dr Judet procède à l'application d'un deuxième appareil plâtré.

L'abduction à 90° est convertie en abduction à 50° avec le plan sagittal.

La rétraction de la partie postérieure de la capsule étant très forte, il est très difficile de transformer la rotation externe en rotation interne.

1° Le Dr Judet, craignant d'aboutir à la transposition antérieure, s'il force pour atteindre le degré habituel de rotation interne (rotule regardant en dedans), se tient, comme le conseille le Dr Calot, à la position intermédiaire (rotule regardant directement en avant).

2° Au lieu de faire reposer la cuisse sur le plan du lit, il laisse un certain degré d'adduction.

3° Le genou légèrement fléchi est pris dans l'appareil plâtré.

De cette manière l'immobilisation fixe est assurée : le pied reste libre.

Au total, la position choisie pour ce deuxième appareil est à peu près celle que préconise le Dr Calot comme position unique.

13 *février* 1906. — La luxation du côté droit est parfaitement réduite. Il est procédé à la réduction de la luxation gauche.

Cette opération est très laborieuse, progressive, et on ne sent pas de claquement.

La tête fémorale ne reste pas réduite lorsqu'on fléchit le genou en le soulevant au-dessus du plan horizontal.

Par nécessité on adopte la première position de Lorenz.

Les suites opératoires sont meilleures que pour la première intervention.

Les deux premiers jours, l'enfant montre une stupeur marquée, mais il y a peu de shock.

14 *mars* 1906. — Ce premier appareil est enlevé. On s'aperçoit que les adhérences sont nulles, que la tête fémorale file en arrière avec la plus grande facilité, avec peu de tendance à remonter. La pression des pouces suffit à lui faire réintégrer le cotyle.

Un spica plâtré est appliqué, qui immobilise le membre dans une position telle, que le fémur fait un angle de 135° avec l'axe longitudinal, et un angle de 45° avec le plan frontal.

L'enfant recommence à avoir de l'incontinence d'urine. Un abcès au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche oblige à couper l'appareil vers le 15 mai. L'échec est complet.

Une radiographie faite à ce moment à la Salpêtrière montre :

A droite : résultat excellent, réduction anatomique.

A gauche : échec complet, aspect primitif de la luxation.

21 *octobre* 1906. — Du côté de la hanche droite la réduction anatomique se maintient : les mouvements ont leur amplitude normale. Le membre opéré est de 5 centimètres plus long que celui non réduit. La malade marche en fléchissant sa jambe guérie.

Obs. XIV. — Ernestine Lep..., 10 ans 1/2.

Double luxation congénitale de la hanche.

La démarche est extrêmement pénible : la boiterie est énorme.

A l'examen, on trouve le grand trochanter à 5 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser et la tête fémorale en arrière. Les muscles de la hanche et de la cuisse sont grêles : cependant le thorax est vigoureux.

Pendant trois semaines, on fait l'extension continue portant

sur le membre gauche à l'aide d'un poids de 4 kilogrammes. On obtient un allongement de 2 centimètres.

La radiographie montre qu'il n'y n'y a plus de toit : que la tête fémorale devient postérieure.

8 *novembre* 1905. — Sous chloroforme, on procède à la réduction de la luxation.

On commence à pratiquer des tractions manuelles combinées à du pétrissage des muscles rétractés (fascia lata et adducteurs).

Le grand trochanter s'abaisse notablement au cours de ces manœuvres. Trois tentatives de réduction, avec pression combinée sur le grand trochanter faite par un aide, échouent.

Au bout de dix minutes environ, on a recours à la manœuvre du levier recommandée par Lorenz avec succès (Voy. fig. 7).

Fig. 7. — « Manœuvre du levier » pour les réductions difficiles.

On immobilise alors le membre traité à 90° avec l'axe longitudinal du corps, à 45° degrés seulement d'abduction, (par rapport au plan horizontal).

La radiographie sous plâtre montre que la réduction anatomique est obtenue « centre pour centre. »

Les suites opératoires sont excellentes : au bout de quelques semaines l'enfant sort de l'hôpital avec son appareil.

4 *mai* 1906. — On procède à l'ablation de l'appareil qui a parfaitement tenu et a été très bien toléré.

24 *mai* 1906. — Sous chloroforme, on réduit la luxation de a hanche droite. L'opération se fait progressivement, avec difficulté. On perçoit un ressaut moyen. La tête fémorale tient en bonne place, mais on entend plusieurs craquements assez forts.

La cuisse est immobilisée à 90° avec l'axe longitudinal du corps, et dans une abduction assez forte (75° environ avec le plan sagittal).

Le Dr Judet profite de l'anesthésie pour corriger légèrement la flexion et la rotation en dehors de la cuisse gauche (côté réduit).

A partir du 26 mai on installe de ce côté l'extension continue par le procédé d'Hennequin, avec un poids de 1 kilogramme.

7 *juin* 1906.— La radiographie montre : pour la hanche gauche : résultat parfait ; pour la hanche droite : décollement épiphysaire de la tête fémorale, qui, néanmoins n'est pas trop éloignée de la bonne position.

31 *octobre* 1906. — Ablation de l'appareil du côté droit, qui est resté en place six mois et a été bien toléré.

L'examen de la hanche montre que le sommet du grand trochanter affleure la ligne de Nélaton.

A la base du triangle de Scarpa, derrière l'artère fémorale, on sent une tumeur osseuse, arrondie : c'est la tête fémorale consolidée en bonne position.

La hanche jouit de mouvements assez étendus ; il n'y a pas de col exubérant, comme aurait pu le faire craindre le décollement épiphysaire survenu au cours des manœuvres de réduction. Le résultat s'annonce comme bon.

Obs. XV. — Marguerite Wim..., 5 ans.

Double luxation congénitale de la hanche.

Enfant très malingre : squelette faible. Elle a présenté les symptômes de tuberculose des ganglions mésentériques.

A marché à 29 mois seulement.

19 *février* 1906. — La luxation gauche est réduite assez laborieusement par la manœuvre du levier, après extension manuelle préalable On perçoit un gros ressaut. La cuisse gauche est immobilisée par un spica plâtré dans l'attitude suivante :

Fémur faisant un angle de 90° avec l'axe longitudinal du corps, d'un angle de 45° avec le plan horizontal.

24 *février* 1906. — Les suites opératoires sont bonnes. L'enfant a présenté une agitation modérée, un peu d'œdème de la grande lèvre gauche et une ecchymose à ce niveau. Pendant deux jours, elle a eu de l'incontinence d'urine.

15 *juin* 1906. — L'appareil est enlevé. Le grand trochanter se trouve au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Le triangle de Scarpa est dépressible. L'échec est probable.

10 *octobre* 1906. — Le résultat est défectueux. Le traitement de cette hanche sera repris en même temps que celui de la hanche droite.

Obs. XVI. — Hélène Froh..., 3 ans 1/2.

Double luxation congénitale de la hanche.

La boiterie semble plus marquée à droite : mais l'examen clinique et radiographique montre que c'est du côté gauche que la luxation est plus accentuée.

4 *ou* 5 *février* 1906. — On réduit la luxation de la hanche droite, très facilement. On perçoit le ressaut de subluxation. L'enfant étant placée et immobilisée sur le pelvifixateur, on procède à la confection du spica plâtré, dans l'attitude suivante :

Fémur à 75° avec l'axe longitudinal à 45°, avec le plan de la table.

28 *juin* 1906. — Au bout de quatre mois et trois semaines, l'appareil est enlevé.

La tête fémorale est bien à sa place derrière l'artère, à la base du triangle de Scarpa. D'importantes adhérences se sont faites. On laisse l'enfant au lit, pour que la jambe revienne d'elle-même à la position normale.

11 *octobre* 1906. — La réduction de la hanche droite semble cliniquement parfaite. La radiographie montre en effet, que la tête fémorale est exactement à sa place. Du côté gauche non opéré, la tête fémorale est de 2 centimètres environ au-dessus et en dehors de sa position normale.

3 *novembre* 1906. — Réduction sous chloroforme de la luxation de la hanche gauche. Les manœuvres sont faciles et de courte durée : la tête fémorale réintègre facilement la cavité cotyloïde, le ressaut caractéristique de la réduction est nettement perçu. Cependant, la réduction est très instable, et la tête fémorale file en arrière dès qu'on abandonne la position de choix (45° avec le plan horizontal, 90° avec l'axe longitudinal du corps).

L'appareil plâtré est construit, immobilisant la cuisse dans cette attitude. Après vérification radiographique de la réalité de la réduction, on laissera le plâtre en place cinq mois.

Obs. XVII. — Jeanne Carr..., 5 ans 1/2.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

La jambe malade présente un raccourcissement de 2 c/m 1/2 à 3 centimètres.

Forte boiterie.

21 *février* 1906. — Opération sous chloroforme. On fait d'abord de l'extension manuelle et du massage des adducteurs

pendant cinq minutes; puis, en deux ou trois minutes, la réduction est obtenue après qu'on a perçu quelques légers craquements.

L'enfant est immobilisée sur le pelvifixateur, dans une attitude correspondant à un angle de 85° du fémur avec l'axe longitunal, et un angle de 45° avec le plan horizontal. Les suites opératoires sont normales. Une radiographie sous-plâtre faite à la Salpêtrière montre que le résultat est bon.

20 *juin* 1906. — L'appareil, très bien supporté jusque-là, devient trop petit : il y a œdème considérable du pied. On dégage le genou au niveau du creux poplité, et le plâtre est fendu au niveau de l'abdomen de manière à permettre un écartement de 1 c/m 1/2.

On rétablit la solidité de l'appareil par des tours de bande en tarlatane empesée.

17 *juillet* 1906. — L'appareil est enlevé définitivement. A l'examen clinique le résultat est bon.

L'enfant reste couchée pour permettre à la cuisse de revenir d'elle-même à la rectitude.

30 *juillet* 1906. — L'enfant va bien. Le membre est en extension presque complète. La tête fémorale est en bonne place. L'enfant part aux bains de mer.

18 *septembre* 1906. — Elle commence à marcher seule ; la tête fémorale n'a pas bougé.

1er *octobre* 1906. — La réduction anatomique se maintient Il y a un peu de rotation externe du membre traité, lorsque l'enfant est couchée. Pendant la marche, la rotation se corrige spontanément.

20 *octobre* 1906. — La radiographie de la hanche faite à cette date (voy. Pl. X) montre que la tête fémorale est contenue

dans la cavité cotyloïde. Il existe un espace clair entre le toit cotyloïdien et la tête fémorale qui, vraisemblablement, représente, soit de l'os jeune, soit du cartilage de nouvelle formation.

2 *novembre* 1906. — La marche s'améliore de plus en plus, la boiterie a presque disparu. Cette boiterie ne rappelle en rien le « plongeon » caractéristique de la luxation congénitale, c'est une simple gêne de la marche, due à ce qu'il persiste un léger degré de raideur. La guérison fonctionnelle parfaite ne semble plus être qu'une question de quelques semaines.

Obs. XVIII. — Madeleine Berc..., 5 ans 1/2.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

Le membre gauche présente un raccourcissement de 3 centimètres. La boiterie est très marquée.

11 *mars* 1906. — Il est procédé à la réduction de la luxatio sous chloroforme.

D'abord, on fait l'extension manuelle, puis la manœuvre indiquée par Lorenz.

On perçoit un ressaut minime.

La réduction semble peu stable : la tête fémorale paraît demeurer un peu profonde, quoique exactement derrière l'artère. Le ressaut minime est en rapport avec la faible ascension de la tête fémorale : la radiographie montre, en effet, celle-ci appuyée contre le toit cotyloïdien.

La hanche est immobilisée dans un spica plâtré, l'angle du fémur étant de 90° avec l'axe longitudinal, de 30° avec le plan horizontal.

25 *juillet* 1906. — L'appareil est enlevé.

Cliniquement, la tête fémorale paraît bien être dans le cotyle.

On laisse le membre revenir doucement à lui-même.

Octobre 1906. — La cuisse traitée est revenue dans la rectitude. La réduction se maintient : l'enfant commence à marcher sans appui.

1^er^ *novembre* 1906. — La réduction est bonne, la marche s'améliore rapidement.

Obs. XIX. — Anna Mar... 8 ans.

Double luxation congénitale de la hanche.

Enfant beaucoup moins développée que le comporte son âge.

La hanche droite a été traitée à 6 ans par le Dr Ducroquet Résultat clinique, transposition antérieure basse.

La tête fémorale est sur la verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, et à 3 centimètres au-dessous, en dehors de l'artère fémorale. Le membre droit a une tendance à la rotation externe.

24 *février* 1906. — Après vingt jours d'extension continue de la jambe gauche non traitée, faite à l'aide d'un poids de 4 kilogrammes, le Dr Judet procède à la réduction de la luxation. Après dix minutes de manœuvres laborieuses, il se produit un gros ressaut. La tête fémorale reste bien accrochée au cotyle dans la position de choix. Le fémur faisant un angle de 90° avec l'axe longitudinal, de 45° avec le plan horizontal. Un spica plâtré l'immobilise dans cette attitude.

3 *mai* 1906. — L'enfant va très bien. Elle part en Bretagne avec son appareil qui est très bien toléré.

16 *juillet* 1906. — Ablation de l'appareil.

Le résultat est parfait au point de vue clinique.

La radiographie faite à la Salpêtrière montre que le résultat anatomique est également très bon.

On laisse revenir le membre dans la rectitude par le séjour au lit, l'enfant repart en Bretagne guérie.

Obs. XX. — Henriette Poup..., 32 mois.

Double luxation congénitale de la hanche.

Enfant née avant terme (8 mois) par le sommet. Elle a été nourrie au sein et a marché à 18 mois. Les parents ont alors remarqué qu'elle boitait.

15 *mars* 1906. — La boiterie est très marquée ainsi que l'ensellure lombaire : le dandinement est fort accentué surtout à droite.

6 *avril* 1906. — Après réduction de la luxation de la hanche gauche un appareil plâtré est mis en place qui immobilise la cuisse dans l'attitude suivante : 90° avec l'axe longitudinal du corps, 45° avec le plan horizontal. L'enfant est ramenée à son domicile.

13 *avril* 1906. — Elle contracte la scarlatine et urine dans son appareil.

25 *avril* 1906. — Malgré la maladie intercurrente, l'appareil a été bien toléré. On l'enlève, pour raisons d'hygiène, afin de faire la toilette de l'enfant.

Sans qu'il y ait lieu de donner à nouveau de chloroforme, on construit un nouvel appareil plâtré semblable au précédent.

4 *septembre* 1906. — Ablation de l'appareil, tout va bien.

1er *octobre* 1906. — La tête fémorale est dans la cavité cotyloïde. L'extension se fait très lentement.

Une radiographie faite à ce moment montre que la réduction est anatomique.

1er *novembre* 1906. — Le membre traité revient de lui-même à son atttiude normale. La guérison fonctionnelle est certaine et prochaine.

Obs. XXI. — Renée Fouc., 27 mois.

Luxation congénitale de la hanche droite.

20 *mars* 1906. — A marché à 10 mois 1/2. Depuis quelques mois les parents ont remarqué que l'enfant boitait.

A l'examen on trouve les signes de subluxation de la hanche droite, y compris le ressaut obtenu par la manœuvre de Lorenz. Une radiographie faite à la Salpêtrière confirme le diagnostic.

29 *mars* 1906. — On procède à la réduction de la luxation. Le ressaut, perceptible par la manœuvre de Lorenz, est plus net par une traction légère dans l'abduction moyenne combinée à un peu de rotation interne.

Un spica plâtré immobilise le membre traité de telle sorte, que le fémur fasse un angle de 40° avec l'axe longitudinal et de 35 à 40° avec le plan horizontal.

La jambe est mise en rotation interne d'emblée, la rotule regardant en dedans.

5 *avril*. — L'appareil est bien toléré : l'enfant n'urine pas dans son appareil.

25 *août* 1906. — L'appareil plâtré est enlevé. Le résultat est bon, comme le montre l'examen clinique et radiographique.

Octobre 1906. — L'enfant marche très bien, sans boiterie et sans fatigue.

Obs. XXII. — Augustine Thom..., 10 ans.

Luxation congénitale de la hanche droite.

Le membre malade présente un raccourcissement de 4 centimètres. La tête fémorale est dans la fosse iliaque externe.

On fait l'extension continue avec un poids de 3 kilogrammes, du 8 mars au 25 avril 1906.

26 *avril* 1906. — La tête fémorale est descendue au niveau du cotyle. Après massage des adducteurs, la réduction de la luxation est obtenue facilement, en cinq minutes ; un claquement net est perçu.

Un appareil plâtré est mis en place, immobilisant le fémur à 45° avec le plan horizontal et 35° avec l'axe longitudinal.

10 *mai* 1906. — L'enfant va très bien ; l'appareil est très bien supporté.

20 *septembre* 1906. — On retire l'appareil et on laisse le membre revenir à lui-même par le séjour au lit. Un coussin placé sous le genou corrige légèrement l'abduction.

1er *octobre* 1906. — Le membre est en extension presque complète.

10 *octobre*. — Les deux membres sont de longueur égale. La tête fémorale est bien dans le cotyle.

La radiographie montre que la réduction est parfaite, anatomique.

Obs. XXIII. — Suzanne Boud..., 5 ans.

Luxation congénitale de la hanche gauche.

La boiterie est peu marquée. La tête fémorale est antérieure ; la radiographie donne l'impression d'une transposition antérieure haute.

Il y a 3 centimètres de raccourcissement du côté gauche.

28 *mai* 1906. — La luxation est réduite sous chloroforme sans la moindre difficulté.

On perçoit un ressaut minime en rapport avec l'aspect radiographique de l'articulation coxo-fémorale ; le toit est oblique et peu développé.

L'appareil plâtré immobilise le fémur à 45° avec le plan horizontal et 90° avec l'axe longitudinal.

7 *juin* 1906. — Une radiographie sous plâtre, faite à la Salpêtrière, montre une coaptation parfaite, centre pour centre, du cotyle et de la tête fémorale.

22 *octobre* 1906. — L'appareil est enlevé : il est resté en place quatre mois et trois semaines, et a été très bien toléré.

La tête fémorale est parfaitement en place. On laisse la cuisse revenir dans la rectitude, en se contentant de mettre un coussin sous le genou qui limite l'abduction du membre traité.

La radiographie montre qu'il y a réduction anatomique.

Obs. XXIV. — Germaine Kerd 3 ans... et 1/2.

Luxation congénitale de la hanche droite.

Le membre droit présente un raccourcissement de 2 centimètres. La tête fémorale est sous la verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure et faiblement remontée.

15 *janvier* 1905. — La luxation est réduite sous chloroforme facilement. On perçoit un ressaut bien net.

La cuisse est immobilisée par un spica plâtré, à 90° avec l'axe longitudinal et 45° avec le plan horizontal.

15 *février* 1906. — L'enfant a contracté la scarlatine au début de décembre : l'appareil a cependant été bien toléré.

17 *février* 1906. — On coupe ce premier appareil par raison d'hygiène. La réduction paraît bonne, cliniquement. Séance tenante et sans anesthésie, on applique un second appareil dans la même position.

11 *juin* 1906. — L'appareil est enlevé définitivement.

La réduction est bonne, la tête fémorale est exactement derrière l'artère. Une radiographie faite à la Salpêtrière le 20 juin, montre que la réduction est parfaite, anatomique.

1er *juillet* 1906.— Le membre opéré est revenu très rapidement à la rectitude.

Il subsiste un peu de flexion et de rotation externe.

1er *octobre*. — Les résultats continuent à être excellents.

Obs. XXV. — Yvonne Gey..., 4 ans 1/2.

Double luxation congénitale de la hanche.

31 *janvier* 1906. — Après extension préalable, on procède à la réduction de la luxation de la hanche gauche. Celle-ci est obtenue après un quart d'heure de manœuvres. On perçoit faiblement le ressaut.

La cuisse est immobilisée par un appareil plâtré dans l'attitude habituelle (90° avec l'axe longitudinal du corps, 45° avec le plan horizontal).

20 *février* 1906. — Une radiographie faite sous plâtre, montre que le résultat est défectueux ; la tête fémorale est haute, le cotyle déshabité.

L'état de santé précaire de la malade empêche une nouvelle intervention.

30 *juin* 1906. — L'appareil est enlevé : il n'y a pas d'adhérences. Le membre se place tout de suite dans la rectitude ce qui est d'un mauvais pronostic. Cliniquement, il y a transposition antérieure de la luxation. La tête fémorale est sous la verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dehors de l'artère fémorale.

Par rapport au côté opposé, la tête fémorale est un peu plus basse et moins externe.

11 *octobre* 1906. — La situation n'a pas changé, le résultat doit être considéré csmme mauvais. Il y a reluxation, qui s'est faite au moment de la construction de l'appareil plâtré.

18 *octobre* 1906. — Chloroformisation. Malgré des manœuvres diverses et prolongées, malgré l'emploi du levier de Mencière, il est impossible d'obtenir la réduction de l'une ou l'autre hanche.

L'enfant entre à l'hôpital où elle sera soumise à l'extension continue prolongée, avant qu'il soit procédé à une nouvelle tentative de réduction.

Obs. XXVI. — Suzanne Bout..., 4 ans.

Double luxation congénitale de la hanche.

L'enfant présente un dandinement caractéristique très marqué, et de l'ensellure lombaire accentuée.

A l'examen des deux hanches, on trouve, de chaque côté, la tête fémorale sous la verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 4 centimètres environ en dehors de l'artère fémorale.

14 *février* 1906. — On pratique, sous chloroforme, la réduction de la luxation de la hanche gauche. Elle est facilement et rapidement obtenue.

Un appareil plâtré immobilise la cuisse traitée dans l'attitude habituelle (90° avec l'axe longitudinal du corps, 48° avec le plan de la table).

Les suites opératoires sont très bonnes ; peu de shock.

L'appareil est bien toléré, sans le moindre incident, pendant cinq mois.

12 *juillet* 1906. — Ablation de l'appareif plâtré. Cliniquement, ce résultat paraît bon. On laisse le membre revenir à lui-même pendant le séjour au lit.

15 *octobre* 1906. — La luxation, du côté gauche, a complète-

ment disparu : il n'en subsiste rien, ainsi que le montre l'examen clinique contrôlé par l'examen radiographique.

∴

Appréciation des résultats fournis par la méthode orthopédique abrégée

Sur les quinze luxations congénitales de la hanche que nous avons vu traiter par cette méthode, il y a eu treize fois réduction anatomique de la luxation, c'est-à-dire succès complet du traitement, et deux échecs.

Ces deux échecs sont, à n'en pas douter, des échecs immédiats qui ne sont pas imputables au mode d'immobilisation que nous préconisons. La reluxation s'est faite d'emblée, au moment même de la construction de l'appareil plâtré (Voyez obs. XXV).

La radiographie sous plâtre doit permettre à l'avenir d'éviter pareil mécompte. Chaque fois que la tête n'apparaît pas à sa place, il ne faut pas hésiter à faire l'ablation de l'appareil et à corriger la mauvaise position de la tête fémorale.

On remarquera que les onze succès sont constitués par des réductions anatomiques : il n'y a pas un seul cas de transposition antérieure. C'est là un avantage caractérisé de la méthode telle que nous l'avons exposée.

CONCLUSIONS

1° La luxation congénitale de la hanche est une maladie curable dans la grande majorité des cas. L'âge le plus favorable, pour le traitement, est de 2 ans à 5 ans.

2° La méthode orthopédique de Lorenz (3 appareils dans trois attitudes différentes, douze mois de traitement) donne des réductions anatomiques incontestables. Plus fréquemment peut-être, il n'y a pas de réduction vraie, mais simplement transposition antérieure, c'est-à-dire, transformation de la luxation primitive, haute et flottante, en luxation antérieure, basse et fixée.

3° La première position de Lorenz (abduction à 90° le genou touchant le plan du lit) est responsable de ces reluxations antérieures.

4° Une position plus favorable est réalisée, lorsque, après réduction de la luxation, on place la cuisse dans une abduction moindre que celle préconisée par Lorenz (abduction à 45°, genou au-dessus du plan du lit).

5° L'immobilisation dans cette position de choix, par

un seul spica plâtré qui reste en place de cinq à six mois, suffit pour obtenir la réduction anatomique définitive, et la guérison du malade.

C'est là le principe de la méthode orthopédique abrégée.

Vu : le Président de la thèse,
PAUL BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

Allison (N.). — Congenital dislocation of the hip : report of the ultimate results following the treatment of eleven cases. *J. Missouri M. Ass.*, *Saint-Louis*, 1905, II, 511-519.

— A study of the anatomy of congenital dislocation of the hip, after manipulative reduction. *Interstate M. J.*, *Saint-Louis*. 1905, XII, 784-790.

Ashley (D.-D.). — A noted case of the Lorenz operation. *New-York*, *M. J.*, 1906, LXXXIII, 995.

— Correction of deformity resulting from hip disease. *New-York*, *M. J.*, 10 mars 1906.

Ashley (D.-D.) et Mueller (F.). — The treatment following the bloodless reduction of congenital hip dislocation. *New-York M. J.*, 1904, LXXIX, 770-776 ; 969 ; 1905, LXXXI, 11.

Bade (P.). — Zur Verbandtecnik bei der Angeborenen Hüftverrenkung. *Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Stuttgart*, 1905, XIV, 662-670.

Baldwin (S.-C.): — Congenital dislocation of the hip. *Northwest. Lancet*, *Minneapolis*, 1905, XXV, 316-319.

— *Denver M.Times*, 1905-1906, XXV, 7-15.

Von Bardeleben. — Doppelseitiger congenitales Hüftgelenksluxa-

1. Cet index correspond aux années 1904, 1905 et 1906. La bibliographie des années précédentes est contenue dans la thèse du Dr Caubet. Thèse de Paris, 1903, sur le *Traitement orthopédique des luxations congénitales de la hanche*, par la méthode de Lorenz modifiée.

tionsbecken. *Zeitschrift für Geburtsch. u Gynak., Stuttgart*, 1904, LII, 136-141.

BARTOW (B.). — The desirability of replacing congenital hip dislocation in infancy. *Am. J. Orthop. Surg., Philadelphie*, 1905-1906, III, 147-156.

BÉRARD. — Luxation congénitale de la hanche; résultats éloignés d'une opération sanglante. *Lyon Méd.*, 1904, CII, 475-478.

BERGER. — La luxation congénitale double de la hanche. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1905, XIX, 630.

BLANC-FORTACIN (J.). — Luxaciones congenita de la cadera. *Sigl. Méd., Madrid*, 1906, LIII, 131-135.

BOUREAU. — De la valeur du Lorenz et des autres procédés utilisés dans le traitement des luxations congénitales. *Gazette médicale du Centre*, 1904, IX, 191-207.

BRADFORD (E.-H.).— Congenital dislocation of the hip ; stitching the capsule around the reduced head. *Am. J. Orthop. Surg. Philadelphie*, 1905-1906, III, 171-174.

— Congenital dislocation of the hip. *Boston med. et surg. J.*, 1904, CLI, 85-92.

— Reduction congenital dislocation of the hip. *South med. et surg. J., Chattanooga*, 1904, I, 21-23.

BRAUN (OTTO). — Zur imblutigen therapie der luxatio coxae congenita. *Inaug. dissert., Berlin*, 1904, 32-80.

— *Arch. für klin. chir., Berlin*, 1904, LXXIV, 631-657.

BROCA (A.). — Luxation congénitale de la hanche droite chez un enfant du premier âge. *Revue général clinique et thérapeutique, Paris*, 1904, XVIII, 289-292.

BULOW-HANSEN (V.). — Sur le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. *Norsk. mag. f. laegevid., Kristiania*, 1904, 5 R., II, 1468-1484.

CALOT. (F.) — Technique du traitement de luxation congénitale de la hanche, *Paris*, 1905, *Masson* et C^ie^, in-8°.

— Sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche avec présentation de dix enfants guéris. *Association française de chirurgie*, procès-verbal, Paris, 1904, XVII, 769-773.

— Diagnostic de la luxation de la hanche chez les enfants de 1 an 1/2 à 6 ans. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1905, XIV, 719-730.

CAUBET (H.). — Étude anatomique d'un cas de luxation congénitale de la hanche gauche chez un nouveau-né du sexe masculin. *Archives médicales de Toulouse*, 1906, XXI, 121-131.

CLARKE (J.-J.). — Congenital dislocation of the hip joint ; some practical points in Lorenz's manipulative operation and the after treatment. *Rep. Soc. study. dis. child., London*, 1905, V, 290-294.

— Congenital dislocation of the hip joint and its modern treatment. *Clin. J., London*, 1904-1905, 168-176.

— Cases of congenital dislocation of the hip after treatment by manipulative operation and exercises. *Tr. clin. soc. London*, 1905, XXXVIII, 232.

— A case of congenital dislocation of the right hip, joint. *Tr. clin. soc. London*, 1905, XXXVIII, 202.

— A note on congenital dislocation of the hip joint and its modern treatment. *Brit. M. J., London*, 1905, II, 784. 1 planche.

COVILLE. — Deux cas de réduction de luxation congénitale de la hanche. *Ann. méd. chir. du Centre, Tours*, 1904, IV, 455. *Ann. de chir. et d'orthop., Paris*, 1904, XVII, 263-268.

CURTILLET. — Résultat éloigné d'une réduction de luxation congénitale de la hanche, par la méthode non sanglante de Lorenz ; guérison parfaite. *Bulletin méd. de l'Algérie, Alger*, 1904, XV, 25.

DECREF Y RUIZ (J.). — Utilitad de la radiographia en el diagnostico prognostico et tratamiento de la luxacion congenita de la cadera ; dos nuevos casos de luxacion congenita unilateral, curados por el metodo incruento de Lorenz ; estudio sobre la formacion de la nueva articulacion, individualization del tratamiento, modificationes introducidas en el metodo de Lorenz. *Siglo med., Madrid*, 1906, t. III, 195-200.

— Un caso de luxacion congenita curado con restitucion anatomica y funcional por el procedimiento sin sangre de Lorenz, *Rev. med. J. Cirurg. pract., Madrid*, 1904, LXIII, 5-11.

DERSCHEID-DELCOURT (M^me^). — Cinq cas de luxation congénitale de la hanche guéris par la réduction non sanglante. *J. de chirurg et Ann. soc. belge de chirurg., Bruxelles*. 1905, VI, 27-33, 1 planche.

— A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche. *J. méd. de Bruxelles*, 1906, XI, 171.

— La luxation congénitale de la hanche et son traitement par la rééducation manuelle. *J. méd. de Bruxelles*, 1906, XI, 181-184.

— A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Policlinique, Bruxelles*, 1906, XV, 105.

DEUTSCHLÄNDER (C). — Zür Beurtheilung der unblutigen reposition der eingeborenen Hüftverrenkungen. *Deutsche zeitschrift für chir., Leipzig*, 1904, LXXIII, 1-48.

— Eine blutig operierte luxatio coxae congenitalis sinistra. *Deutsche med. Wochenschr., Leipzig u. Berlin*, 1904, XXX, 1365.

DREW (D.). — Three cases of unilateral congenital dislocation of the hip. *Rep. Soc. Study Dis. Child., London*, 1905, V, 57-59.

EWALD (P.). — Zür Aetiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. *Deutsche Zeitschrift für Chir., Leipzig*, 1905, LXXX, 3-4, 366-390.

FABIANI (G.). — Contributo clinico alla cura incruenta della lussazione congenita delle anca. *Gazz. internaz. di med., Napoli*, 1906, IX, 71-87.

FREIBERG (A.-H.). — The diagnosis and treatment of congenital misplacement of the hip in infancy. *Ann. Méd., Philadelphie*, 1904, VII, 394-396.

— Congenital dislocation of the hip. *Lancet Clinic, Cincinnati*, 1906, LVI, 252.

FRŒLICH. — Quels sont les résultats définitifs de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. *Revue d'Orthopédie, Paris*, 1905. 2e sem., VI, 289-305.

— Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche d'un côté dans certains cas de luxations congénitales doubles. *Revue d'Orthopédie, Paris*, 1906, 2e sem., VII 21-28.

FULLERTON (A.). — Notes on three cases of congenital dislocation of the hip. *Med. Press a. Circ., London*, 1906, LXXXI, 13.

GALLOWAY (H.-P.-H.). — Report of a case of bilateral congenital dislocation of the hip treated by the Lorenz bloodless method, a brief status of the Lorenz method. *Canada J. Med. and Surg., Toronto*, 1904, XVI, 157-164.

GEIST (E.-S.). — Congenital dislocation of the hip. *J. Minneap. Med. ars., Minneapolis*, 1906, XXVI, 5-9.

Géraud (H.). — Un cas de réduction parfaite de luxation congénitale de la hanche. *Journal de Méd. de Paris*, 1905, 2e sem., XVII, 257-259.

Gocht. — Anatomische Untersuchungen aus dem Bereiche des kongenital verrenken Hüftgelenks. *Zeitschrift für Orthop. Chir., Stuttgart*, 1905, XIV, 644-661.

Gourdon. — Luxations congénitales de la hanche. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1904, XXXIV, 8.

— La réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. *Presse médicale, Paris*, 1904, II, 721-724.

— Résultats du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. *Congrès national périodique de Gynéc., d'Obst. et Pédiat.*, Rouen, 1904, IV, 788-792.

— Traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. *Gazette hebd. de la soc. de méd. de Bordeaux*, 1906, XXVII, 53-56.

— Les modifications anatomiques après la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. *Presse médicale*, Paris, 1906, XIV, 26-28.

— Etat actuel de la question du traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Gazette hebd. de la soc. de méd. de Bordeaux*, 25 mars 1906.

Guermonprez (F.). — Luxation congénitale de la hanche. Simples aperçus. *Paris, Rousset*, 1904, 45 planches.

Hendrix. — Luxation congénitale de la hanche. *Polyclinique, Bruxelles*, 1904, XIII, 189. *Polyclinique, Bruxelles*, 1906, XV, 65-76. *J. de chir. et ann. soc. belge de chir. Bruxelles*, 1906, VI, 51-63.

Hœftman. — Zur Behandlung Kongenitaler Luxationen. *Deutsche and Wochenschrift Leipzigu. Berlin*, 1904, XXX, 1401.

Hoffa. — The ultimate results of my bloodless reposition of congenital dislocation of the hip. *Ann. J. Orthopéd. Surg., Philadelphie*, 1904-05, II, 234-239.

Job (Louis). — De la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche. *Thèse de Nancy*, 1905.

Jouon (E.). — Considérations sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Gaz. méd. de Nantes*, 1906, 2me sem. XXIV, 81-91.

Judet (H.). — Le traitement orthopédique de la luxation congéni-

tale de la hanche. *Bulletin médical*, Paris, 1904. XVIII, 1123-1127.

KEETLEY (C.-B.). — Congenital dislocation of the hip. *West London. med. J., London*, 1905, X, 144-146.

KIRMISSON. — Nouvel exemple de luxation congénitale de la hanche recueilli sur un fœtus mort-né par le Dr Champetier de Ribes. *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1905, 2e s., VI, 319-324.

— Traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1906, 2e s., VII, 261-280.

KNIGHT. — The Lorenz operation, med. century, Chicago, 1904, XII, 137-139.

LANGE. — Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. *Munchen med. Wochenschrift*, 1904, LI, 872-875. *Deutsche med. Wochenschrift, Leipzig. u.* Berlin, 1904, XXX, 46.

LE DAMANY. — La pathogénie des luxations congénitales de la hanche. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1904, LXXVI, 157. *Revue de chir.*, Paris, 1904, XXIX, 175, 370.

— Deux guérisons de luxations congénitales unilatérales de la hanche. *Bulletin Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, Rennes. 1904, XIII, 291-293.

— Le traitement rationnel de la luxation congénitale de la hanche. *Revue de chirurgie*, Paris, 1905, XXXI, 134, 226.

— Deux guérisons orthopédiques de luxations congénitales unilatérales de la hanche. *Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, Rennes, 1905. XIV, 200.

— La luxation congénitale de la hanche ; anatomie pathologique ; lésions prémonitoires. *Revue de chirurgie*, Paris, 1905, XXXII, 27-36.

— Le traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche. *Revue de chirurgie*, Paris, 1905, XXXIII, 188-227.

LORENZ. — Some remarks on the treatment and after treatment of the congenital dislocations of the hip. *Am. J. Orthop. Surg., Philadelphie*, 1904-1905, II, 219-233, et 977-983.

MENCIÈRE. — Notes sur l'emploi de mon levier pour la réduction de la luxation congénitale de la hanche. *J. de chirurg. et Ann. Soc. Belge de chir.*, Bruxelles, 1904, IV, 249-252.

— Technique de mon levier pour faciliter la réduction non sanglante et extemporanée de la hanche. *Assoc. franç. de chir.*, Procès-verbal, 1904, XVII, 773-788.

— Résultats éloignés de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche, 2, 3, 6 années après la réduction. *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1905, XIV, 65-112.

MONNIER (L.). — Quelques réflexions sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante. *J. de méd. de Paris*, 1902, 2e s. XVII, 597.

MUELLER (F.).— The Lorenz operation as seen in the american statistics. *Illinois méd. J., Springfield*, 1904-1905, VI, 425-437.

NAPIER. — Report of present condition of cases operated upon for congenital dislocation of hip, *Broohlyn med. J.* 1905, XIX, 148-150,

OPENSHAW (T.-H). — Case of congenital dislocation of the right hip-joint replaced by Lorenz's method. *Tr. Clin. Soc. London*, 1905, XXXVIII, 233-235.

PARRY (L.-A.). — Two cases of bilateral congenital displacement of the hip in sisters. *Lancet, London*, 1905, II, 1036.

PARSONS. — Treatment of congenital dislocation of the Lorenz method of manipulation. *Clin. Reporter, Saint.-Louis*, 1904. XVII, 372-376.

POTOCKI.— Luxation congénitale de la hanche gauche chez un nouveau-né. *Revue d'Orthopédie*,Paris 1905, 2° s. VI, 335-328.

REDARD. — Sur quelques points de technique de la réduction de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante. *Ann. de clin. et d'orthop.* Paris, 1905, XVII. 357-360. *Gaz. des maladies infantiles.* Paris, 1906, VIII, 18-20.

REINER. — Ueber einen blutig reponirten fall von angeborener Kniegelenks luxation *Zeitschrift für orthop. Chir., Stuttgart*, 1904, XIII, 442-450.

— Beiträge zur Therapie der Kongenitalen Hüftverren kung. *Zentrabbl. für chir., Leipzig*, 1904, XXXI, 33-35.

RIDLON (J.) — A consideration of the ultimate results of the bloodless replacements of congenitally dislocated hips. *Cincinnati Lancet Clinic*, 1904, LII, 500-514. *Ann. J. méd. ass. Chicago*, 1904, XLII, 1011 ; 1063 ; 1096.

ROCHER. — Luxation congénitale de la hanche. *J. de méd. de Bordeaux.* 1904, 885 ; 1905, XXXV, 26.

SHERMAN. — An argument concerning the method of treatment of congenital dislocation of the hip. *Ann. J. orthop. surg. Philadelphie*, 1904-1905, II, 240-252.

Taylor. — Case of congenital supracotyloïd dislocation of the hips with cross. legged progression. *Ann. med. Philadelphie*, 1904, VIII, 547.

Tridon (P.). — De la coexistence relativement fréquente de la luxation congénitale de la hanche et de celle du genou en avant. *Revue d'orthopédie*, Paris, 1905, VI, 497-518.

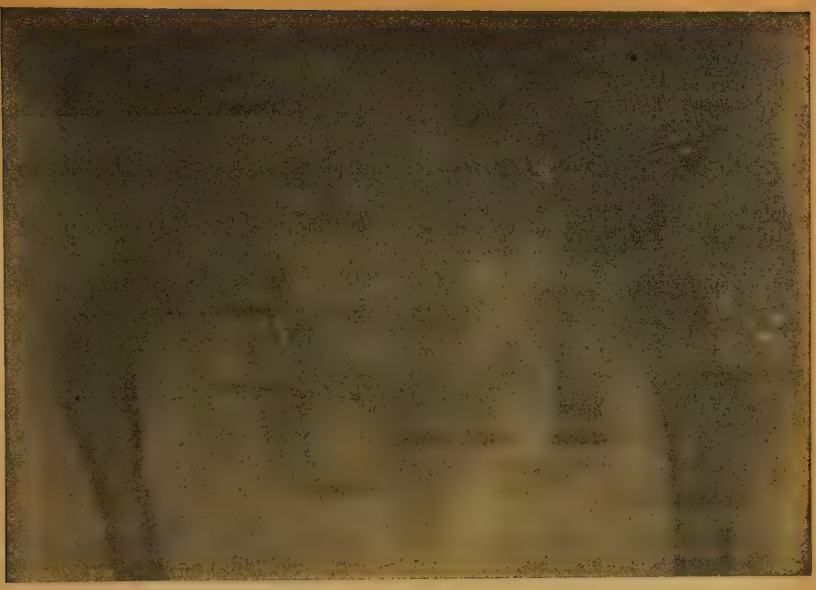
Vogel (K.). — Zur Aetiologie und pathologischen anatomie der luxatio coxae congenita, *Zeitschrift, für. orthop. Chir. Stuttgart*, 1905, XIV, 132-159.

Wollenberg (G. A.). — Ueber die kombination der angeborenen Hüftgelenksverrenkung mit anderen angeborenen deformitäten. *Zeitschrift. für. orthop. Chir., Stuttgart*, 1905-1906, XV, 118-150.

Zentler. — Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche. *Rev. med. cirurg. do Brazil, Rio de Janeiro*, 1905, XIII, 419-423.

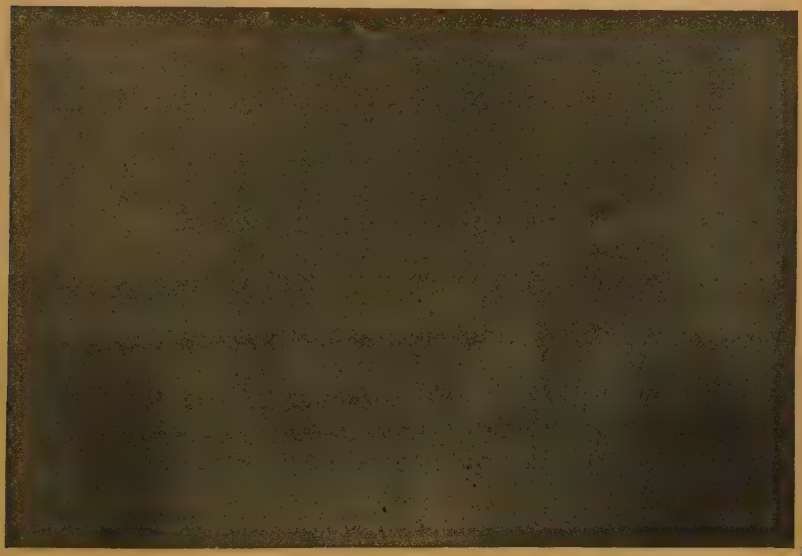
Impr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris

PLANCHES



Pl. I

Obs. I. — *Marcelline P...* Luxation congénitale de la hanche gauche. Avant le traitement; faible développement du toit du cotyle et du noyau osseux de la tête fémorale.



Pl. II

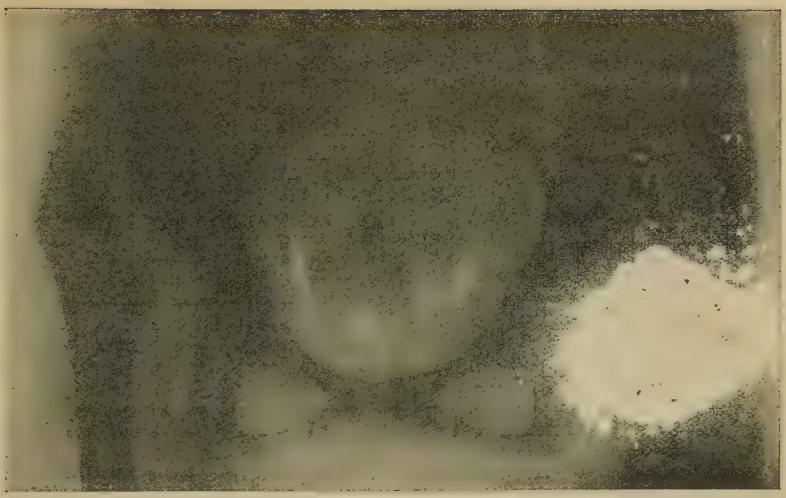
Obs. I. — *Marcelline P...* Luxation congénitale de la hanche gauche. Treize mois après la fin du traitement ; identité anatomique des deux hanches.

Pl. III

Obs. II. — *Lucienne L...* Transposition antérieure d'une luxation congénitale de la hanche gauche, dont l'aspect radiographique initial était le même que celui représenté Pl. I. (*Marcelline P...*).

Pl. IV

Obs. XVI. — *Hélène Froh...* Double luxation congénitale. La hanche droite est réduite. L'aspect de cette hanche, avant le traitement, était celui de la hanche gauche, *non traitée*.

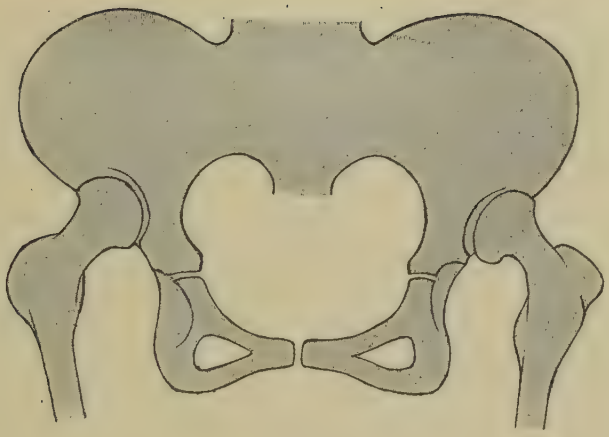


Pl. V.

Obs. XIII. — *Raymonde Chap...* Double luxation congénitale. Les deux hanches droite avant le traitement.

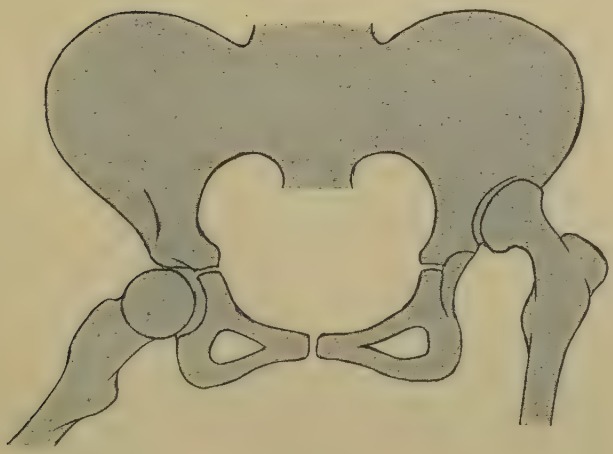
Pl. VI

Obs. XIII. — *Raymonde Chap...* Double luxation congénitale. La hanche après le traitement.



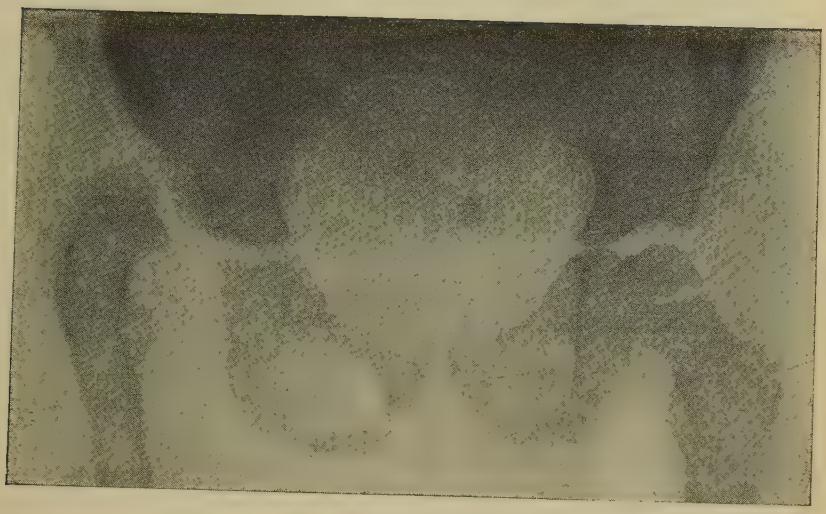
Pl. VII

Obs. XIV. — *Ernestine Lep...* Double luxation congénitale avant le traitement.



Pl. VII bis

Obs. XIV. — *Ernestine Lep...* Double luxation congénitale. Hanche gauche réduite : radiographie faite trois semaines après la fin du traitement.

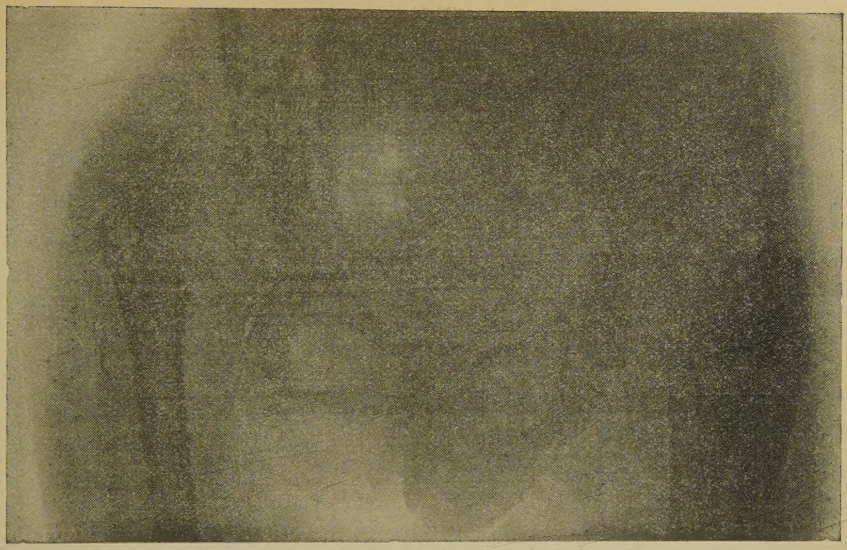


Pl. IX

Obs. XVII. — *Jeanne Carr...* Luxation congénitale de la hanche gauche avant le traitement.

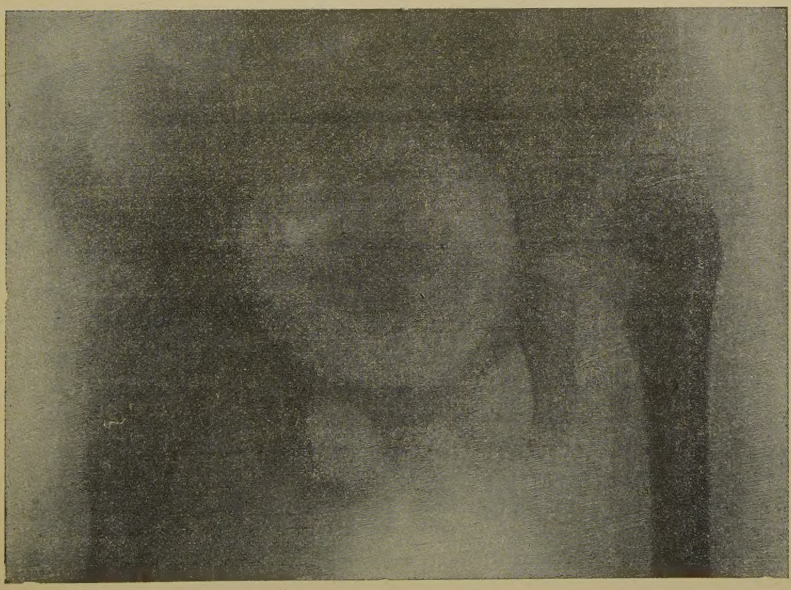
Pl. X

Obs. XVII. — *Jeanne Carr...* Luxation congénitale de la hanche gauche après le traitement



PL. XI

OBS. XIX. — *Anna Mar...* Double luxation congénitale de la hanche avant le traitement.



PL. XII

OBS. XIX. — *Anna Mar...* Double luxation congénitale de la hanche. Après le traitement : Transposition antérieure de la luxation du côté droit, traitée par la méthode de Lorenz.

Réduction anatomique à gauche (méthode orthopédique abrégée).

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	**MM**
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER
Clinique ophtalmologique	RECLUS DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BESANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BROCA André	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBÉ	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.